UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE & PHARMACIE D'ALGER

Année 1912 – N° 17

LE LUPUS ÉRYTHÉMATEUX

DES MUQUEUSES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement, le 5 Juillet 1912

PAR

ROBERT FUCHS

né à Oran, le 6 Janvier 1888

ALGER

IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE & LITHOGRAPHIQUE S. LÉON

15, RUE DE TANGER

1912

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536524_0056

LE LUPUS ÉRYTHÉMATEUX

DES MUQUEUSES

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE & PHARMACIE D'ALGER

Année 1912 — N° 17

LE LUPUS ÉRYTHÉMATEUX

DES MUQUEUSES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 5 Juillet 1912

PAR

ROBERT FUCHS

né à Oran le 6 Janvier 1888

AGAD. LUGD.BAT. BIBL.

MEMBRES DU JURY :

Président : M. BRAULT, Professeur de Clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées.

Juges MM. ARDIN DELTEIL, Professeur de Clinique médicale.
CRESPIN, Professeur d'hygiène et médecine légale.
RAYNAUD, Chargé des fonctions d'agrégé.

NOTA. - La faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN ..... MM. CURTILLET (I. ✠).
ASSESSEUR ..... VINCENT (I. ✠).

PROFESSEURS

Anatomie	MM. WEBER (I. ✠).
Anatomie pathologique et histologie	POUJOL (I. ✠).
Physiologie	REY (✲ I. ✠).
Clinique médicale	ARDIN-DELTEIL (I. ✠).
Clinique chirurgicale	VINCENT (I. ✠)
Clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées	BRAULT (✲ I, ✠).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	CURTILLET (I. ✠).
Clinique obstétricale	ROUVIER (✲ I. ✠).
Clinique ophtalmologique	CANGE (A. ✠).
Chimie médicale et toxicologie.	MALOSSE (I. ✠ ☭).
Physique médicale et biologique	GUILLEMIN (✲ I. ✠).
Pharmacie	BATTANDIER (I. ✠).
Matière médicale et thérapeutique	HERAIL (I. ✠).
Histoire naturelle médicale	TRABUT (✲ I. ✠ Ma. O. ✠).
Pathologie générale, microbiologie et parasitologie	SOULIÉ (I. ✠).
Hygiène et médecine légale ...	CRESPIN (I. ✠.)

CHARGÉ DE COURS

Chimie biologique	SAMBUC (I. ✠).

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉS

Chaires d'anatomie et de physiologie	LEBLANC (A. ✠).
Chaires de pathologie et de clinique internes	GILLOT (A. ✠).
Chaires de pathologie et de clinique externes, et de clinique obstétricale	E. CABANES (A. ✠). FUSTER.
Chaires de chimie et de physique	MALOSSE (A. ✠).
Chaires de pharmacie et de matière médicale	MUSSO.
Section de médecine générale.	RAYNAUD.
Section de parasitologie et sciences naturelles appliquées à la médecine	VIGUIER.
Section d'anatomie	ARGAUD (A. ✠).

A mes Parents

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRAULT

Chevalier de la Légion d'Honneur

Professeur de Clinique Dermatologique

à la Faculté de Médecine d'Alger

A mes Juges

A Monsieur le Docteur Brocq

Médecin des Hôpitaux

Chef de Service à l'Hôpital Saint-Louis

A Monsieur le Docteur Fage

Assistant de consultation à l'Hôpital Saint-Louis

Ayant eu, au début de mes études médicales, la bonne fortune d'être attaché au service du Professeur Brault, *à l'hôpital de Mustapha, j'ai pu voir plusieurs malades atteints de* Lupus érythémateux.

A Paris, dans le service du Docteur Brocq, *à l'hôpital St-Louis, j'ai pu encore étudier quelques cas de cette affection.*

Le sujet de cette thèse m'a été proposé par mon ami le Docteur Fage, *assistant du Docteur* Brocq *et élève du Professeur* Brault. *Il a mis à ma disposition toute une série de documents sur la question et a bien voulu examiner avec moi les malades dont je rapporte les observations. Je l'en remercie vivement.*

INTRODUCTION

La connaissance du Lupus érythémateux des muqueuses n'est pas chose nouvelle. Depuis la première mention qui en fut faite en 1861, par Bazin, plusieurs auteurs français et étrangers en ont publié des observations d'inégale valeur, il est vrai, et d'inégal intérêt. Il faut arriver, comme on le verra plus loin, à l'année 1901 pour trouver sur cette question deux travaux d'ensemble : l'un très succinct de Dubreuilh qui, d'après l'auteur lui-même ne fait que signaler tout l'intérêt qui s'attache à l'étude de ces lésions, l'autre de Capelle, plus volumineux, consciencieux, qui, d'après les cas épars dans la littérature médicale et d'après une observation personnelle, donne une description du Lupus érythémateux. Malheureusement, Capelle, dans son travail, rassemble des observations sans en discuter le moins du monde la valeur. Beaucoup de faits sur lesquels il s'appuie sont certainement des plus douteux comme dia-

gnostic. Depuis Capelle, quelques auteurs français et étrangers sont revenus sur la question. En 1907 parurent encore deux observations très intéressantes. (Fordyce).

Le Lupus érythémateux de la langue restait chose rare et mal connue. Certes, des cas intéressants, entr'autres celui du professeur Gaucher, avaient été publiés, mais on était peu fixé sur la valeur qu'il fallait attribuer à certaines manifestations vraiment assez frustes, coïncidant au niveau de la langue avec le Lupus érythémateux de la peau.

En 1909 parut, dans les Annales de Dermatologie, un travail de MM. Pautrier et Fage sur le Lupus érythémateux des muqueuses et de la langue en particulier. Ce travail, surtout anatomopathologique, précise les lésions histologiques du Lupus érythémateux des muqueuses et montre l'existence de cas frustes, importants à connaître cependant.

Depuis, nous avons trouvé dans la littérature médicale quelques cas épars de Lupus érythémateux des muqueuses. Nous avons donc cru utile de faire une étude d'ensemble de la question, de

grouper les faits et notamment les recherches histologiques les plus récentes.

Le Lupus érythémateux des muqueuses considéré par la plupart des auteurs comme une rareté exceptionnelle, nous semble au contraire être *relativement* fréquent. C'est un chapitre intéressant à ajouter, croyons-nous, au chapitre de la pathologie de la langue.

Nous joindrons à notre travail quatre observations, dont trois personnelles ont trait à des malades dont malheureusement nous n'avons pu étudier histologiquement les lésions.

HISTORIQUE

Nous donnerons simplement ici un aperçu de l'historique du Lupus érythémateux des muqueuses, nous réservant dans le cours de notre travail de signaler toutes les observations connues et de résumer les plus importantes.

Un point semble acquis : c'est qu'on doit à Bazin, la première mention du Lupus érythémateux des muqueuses. Cela remonte à 1861 : « Cette affection, dit Bazin (1), peut aussi se propager aux membranes muqueuses ». Il cite le cas où le Lupus érythémateux à envahi la muqueuse de la lèvre inférieure (2.).Depuis cette époque, les dermatologistes signalent dans leurs travaux le Lupus érythémateux des muqueuses ou en publient des

(1) Leçons sur la scrofule (Paris 1861).

(2) Pour toute la première partie de l'historique, nous emprunterons beaucoup aux travaux d'ensemble publiés sur la question.

cas de valeur d'ailleurs inégale. En 1875, nous trouvons dans Hébra, mention du Lupus érythémateux des muqueuses labiales.

Homolle (1875) (1), dit que les lèvres sont les seuls points où l'on ait observé la propagation aux muqueuses des scrofulides érythémateuses. Puis, nous trouvons dans la littérature du Lupus érythémateux quelques mots de sa propogation aux muqueuses dans les travaux de Durhing (1875), qui ne fait que mentionner le Lupus érythémateux des lèvres.

Neumann (1880), dit avoir observé un cas, localisé au palais.

Renouard (1884), parle du Lupus érythémateux du palais et des joues et en donne une description, très mauvaise d'ailleurs.

Ziemsen, signale le Lupus érythémateux des lèvres, caractérisé par des lames sèches et écailleuses. Puis, Kaposi, dans ses « Leçons sur les maladies de la peau » dit que dans plusieurs cas de Lupus érythémateux, il a vu la muqueuse de la

---

(1) Des scrofulides graves de la muqueuse buccopharyngienne (Paris 1875).

voûte palatine, des joues, présenter des lésions analogues à celles du tégument.

Cependant, en 1888, Hutchinson, dans ses leçons sur le Lupus, parues dans le *B. J. of dermatology*, enseigne l'extrême rareté du Lupus érythémateux des muqueuses.

En 1889, Vidal, puis Feulard, présentent des cas de Lupus érythémateux de la langue. La même année, Fox, signale pour la première fois à New-York, un cas de Lupus érythémateux des muqueuses.

En 1890, dans son livre « Traitement des maladies de la peau », Brocq parle du Lupus érythémateux des muqueuses, rare selon lui sur les muqueuses proprement dites, plus fréquent sur le rouge des lèvres. La même année, Fox publie un cas de lésions des muqueuses au cours d'un lupus érythémateux aigü. Il ne donne, d'ailleurs, qu'une description assez sommaire des lésions muqueuses.

L'année 1892, nous apporte le cas de Philipson. Cet auteur décrit minutieusement quelques lésions muqueuses au cours d'un lupus érythémateux disséminé. Peu après, Malcom Moriss, montre les localisations aux lèvres, aux joues, au pa-

lais et signale la possibilité de localisation à la muqueuse laryngée.

En 1893, nous trouvons un cas de Lang. La même année Radcliffe Crocker, dit que le lupus érythémateux peut se montrer sur la muqueuse des joues, du palais où il revêt l'aspect « d'une rougeur peu foncée, d'efflorescences grisâtres ou d'écailles blanchâtres ». Gaucher, dans son traité des maladies de la peau, dit que la localisation buccale peut se voir, soit à l'état isolé, soit par propagation d'un lupus érythémateux des lèvres. Tenneson, affirme la rareté d'une telle localisation.

En 1895, nous trouvons mentionné le Lupus érythémateux des muqueuses dans une revue générale de Marcel Sée, parue dans la *Gazette des Hôpitaux*. Nous trouvons également une courte description du lupus érythémateux des muqueuses dans la thèse de Cros (Montpellier).

En 1896, observation de Meneau, sur un lupus érythémateux de la peau avec lésions des lèvres et de la bouche.

En 1897, observation très douteuse de Leslie Robert qui, d'après Dubreuilh, doit même être laissée de côté parce que la nature des lésions

observées n'est rien moins que prouvée. La même année, Cafavy, en publie un cas de peu de valeur également.

En 1900, Balzer en rapporte une observation très intéressante au Congrès de Dermatologie de Paris. Dans leur traité de dermatologie, Hallopeau et Lerredde, consacrent quelques lignes au Lupus érythémateux des muqueuses.

Mais il faut arriver, comme nous l'avons vu, à l'année 1901, pour trouver sur la question des travaux d'ensemble.

Dubreuilh, dans les *Annales de Dermatologie*, étudie le lupus érythémateux des muqueuses : « On connaît fort mal le lupus érythémateux des muqueuses, dit-il, et la plupart des auteurs en font à peine mention. Il parait assez rare, mais il n'est pas possible de l'affirmer, parce qu'on ne songe pas souvent à examiner la bouche des malades atteints de lupus érythémateux. Je ne parle pas, bien entendu, des lésions du bord libre des lèvres, celles là tout le monde les a vues, mais de celles de la cavité buccale. Cette étude est cependant importante parce que ces lésions sont, peut-être, confondues avec des manifestations syphilitiques, etc.»

Dubreuilh, après un court aperçu historique rapporte 4 observations, et d'après elles, esquisse une description du lupus érythémateux de la langue.

La même année, Capelle, dans sa thèse, étudie le lupus érythémateux des muqueuses. Il recueille tous les cas connus et en ajoute un personnel très intéressant. Nous avons vu, dans l'introduction, quelles sont les critiques qu'il convient d'adresser à ce travail.

En 1902, dans le *B. J. of Dermatology*, trois auteurs s'occupent du lupus érythémateux des muqueuses, Warde, Seiquiera and Baléan.

Lenglet, dans la *Pratique dermatologique* fait une belle description du lupus érythémateux des muqueuses.

En 1904, Arndt rapporte à la *Berliner Dermato. Geselch*, un cas de lupus érythémateux primitif de la lèvre inférieure.

En 1905, Jadassohn, dans un article « Lupus érythémateux » du traité des maladies de la peau de Mracek, étudie d'après tous les cas connus, le lupus érythémateux des muqueuses. C'est un travail admirablement documenté auquel nous avons fait quelques emprunts.

En 1906, dans le *B. J. of dermatology*, Smith déclare que le lupus érythémateux des muqueuses est une affection autrement fréquente qu'on ne le croit ordinairement. Il l'a observé 16 fois sur 56 cas de lupus érythémateux. Il fait suivre cette statistique d'une description. La même année, Otto Kren, rapporte 4 cas de lupus érythémateux des muqueuses dans les *Arch. für Derm.* A ce propos, il fait une description intéressante du Lupus érythémateux des muqueuses.

Brocq, dans son *Traité de dermatologie pratique*, parle du lupus érythémateux des muqueuses. Il dit combien le lupus érythémateux de la langue est chose rare.

En 1907, Gaucher rapporte un cas des plus intéressants de lupus érythémateux de la langue. La même année, Balzer et Galup rapportent un cas de lupus érythémateux primitif de la lèvre inférieure.

Depuis, quelques cas ont été rapportés par Dade, Stelwagon, Lack (1908).

Darier, dans son *Précis de dermatologie* (1909) dit qu'il est très exceptionnel « que le lupus érythémateux affecte les muqueuses. On le voit surtout s'irradier sous forme de rougeur squameuse

sur la face postérieure de la lèvre inférieure à partir du bord libre. Sur les joues et sur la langue, il ressemble au lichen plan, avec en plus, un liseré rouge vif ; c'est une rareté ».

Dans les *Annales de Dermatologie* (février 1909), Dubreuilh et Petjes étudient l'épithélioma consécutif au lupus érythémateux. Dans une observation personnelle, ils rapportent un fait de lupus érythémateux de l'anus et de la vulve.

Nous citerons encore les cas de Diaz, de de Beurmann et Laroche (1909), de Mamonoff, Tarnowsky et ceux de Lack (1911).

Tel est, rapidement exposé, l'historique de la question.

Nous avons à dessein passé sous silence quelques observations. Les unes, comme celles d'Erhmann et Fordyce, parce que la lésion était à peine signalée, d'autres comme celles de Lamaison, de West et Sherwell, à cause de l'authenticité vraiment par trop douteuse du lupus érythémateux. Nous nous réservons, au cours de cette étude, de refaire, plus en détail, certains points d'historique, notamment à propos du lupus érythémateux de la langue.

Quant à l'histologie du Lupus érythémateux

des muqueuses, les travaux sont peu nombreux : citons les observations de Leloir, Capelle, Piffard, Otto Kren et enfin le travail de Pautrier et Fage, paru en 1909, avant lequel on n'avait pas fait encore l'histologie des lésions linguales du lupus érythémateux et surtout l'étude anatomopathologique des manifestations frustes de l'affection.

Ces auteurs ont montré la similitude des lésions histologiques des muqueuses et des lésions cutanées décrites depuis longtemps.

Nous tirerons de cette étude la partie histologique de notre travail.

ÉTIOLOGIE

Nous nous occuperons surtout dans ce chapitre de la fréquence du lupus érythémateux des muqueuses et de la forme des lésions cutanées qui l'accompagnent. Quant au problème de l'origine étiologique exacte du lupus érythémateux des muqueuses, nous ne nous en occuperons pas. Il est probable qu'une discussion sur sa nature, se confondrait avec la discussion qui n'est pas encore terminée au sujet du lupus érythémateux de la peau. Est-il d'origine tuberculeuse ? Est-il une manifestation para-tuberculeuse ? Est-il un syndrôme relevant de causes multiples ? Nous ne nous prononcerons pas.

Pour se faire une idée aussi exacte qu'il est possible de la fréquence du lupus érythémateux des muqueuses en s'adressant à une satistique, il faudrait examiner très soigneusement les muqueuses chez de très nombreux malades atteints de lupus érythémateux.

Néanmoins, on peut se faire une idée relative de sa fréquence, qui est assez grande contrairement à l'opinion des auteurs anciens qui le croyaient plutôt rare. Le lupus érythémateux des muqueuses, est, comme nous le voyons, le plus souvent indolore; il ne gêne pas le malade qui en est atteint, on ne lui fait pas ouvrir la bouche, aussi les lésions des muqueuses passent-elles souvent inaperçues. Quelques auteurs ont déjà signalé cette fréquence relative : Capelle la fait pressentir. En 1902, Warde la signale en rapportant plusieurs cas de lupus érythémateux des muqueuses. Enfin, Smith donne une statistique portant sur 56 cas de lupus érythémateux de la peau, chez des malades dont il a examiné les muqueuses. Seize fois, il a trouvé des lésions des muqueuses, c'est-à-dire dans 28 % des cas ce qui est, dit-il, un chiffre bien plus fort qu'on ne pense habituellement.

Nous ne pouvons apporter une statistique aussi complète que celle de Smith. Néanmoins, dans le service du Dr Brocq, le Dr Fage a vu depuis quelques mois une trentaine de lupus érythémateux, 28 de la forme fixe, 2 de la forme érythème centrifuge de Brocq. Sur ces 30 malades, on a pu

constater 5 fois le lupus érythémateux des muqueuses.

Quelles sont les muqueuses de prédilection pour la maladie ?

Il est certain que le lupus érythémateux des muqueuses le plus souvent observé, celui qui, en réalité, est le plus fréquent, c'est le lupus érythémateux des lèvres, puis de la face interne des joues. Après ces deux localisations, viennent très loin le lupus érythémateux du palais, de la langue, des amygdales, des gencives, etc...

Voyons quelle est la statistique de Smith. Sur les 56 cas observés par lui, il a trouvé, nous le savons, des altérations des muqueuses dans 16 cas.

10 fois, les lésions étaient localisées à la face interne des joues. Le centre des lésions correspondait à l'interligne dentaire au niveau de la première grosse molaire supérieure et inférieure.

5 malades présentaient des lésions au niveau du palais dur ;

3 des lésions labiales ;

3 des lésions de la cloison nasale ;

1 de la conjonctive palpébrale de la paupière inférieure.

Capelle rapporte, dans sa thèse, 25 observa-

tions de valeur très inégale. Voici les localisations qu'on trouve signalées au cours de la lecture de ces 25 observations :

Muqueuse buccale : labiale 13 fois ; génienne 8 fois ; palatine 7 fois ; linguale 4 fois ; gingivale 2 fois ;

Muqueuse pharyngienne 8 fois ;

— laryngienne 4 fois ;

— nasale 2 fois ;

— conjonctivale 1 fois ;

— pénienne 1 fois.

Encore une fois, cette statistique ne peut être donnée qu'à titre documentaire à cause de la valeur très inégale des observations sur lesquelles elle porte.

Sur 15 cas, Warde a trouvé :

Petites taches érythémateuses sur la muqueuse de la bouche, 4 cas.

Plaques atrophiques sur le palais, 3 cas.

Atrophie de la muqueuse linguale, 2 cas.

Atrophie du palais dur, 3 cas.

Epaissement de toute la muqueuse, hypertrophie de l'épithélium, 3 cas.

Cet auteur signale également d'autres lésions qui ont plus ou moins trait au lupus érythémateux, comme la saillie remarquable des orifices des glandes sur la muqueuse, etc...

La lecture de toutes les observations recueillies jusqu'à ce jour nous permet d'affirmer, comme nous l'avons déjà dit, avec Jadassonh, Smith, Otto Kren, la fréquence du lupus érythémateux des muqueuses; d'assigner la première place aux lésions labiales, puis aux lésions des joues, toutes les autres muqueuses étant bien moins fréquemment atteintes. Il convient d'être fort circonspect, au sujet des faits, rapportés par quelques auteurs, de lupus érythémateux du larynx.

Le lupus érythémateux des muqueuses peut être secondaire ou primitif. Secondaire, il accompagne des lésions cutanées de lupus érythémateux; c'est la règle.

Le lupus érythémateux primitif, qui apparaît comme seule manifestation, est autrement rare. Il est vrai que, dans bien des cas, il peut passer inaperçu, soit qu'on n'ait point l'attention attirée sur lui, soit que le diagnostic ne puisse en être porté ou qu'il soit confondu avec d'autres lésions des muqueuses. Au cours de cette étude, nous en

citerons quelques cas. Il semble qu'il y en ait d'incontestables. Enfin, le lupus érythémateux des muqueuses pourrait précéder de plusieurs années les efflorescences cutanées.

Nous reviendrons sur tous ces points à propos de la symtomatologie. Nous ne faisons que les signaler maintenant.

Une autre question se pose. Quelle est la forme d'affection cutanée qui s'accompagne le plus volontiers des lésions des muqueuses ?

Pour M. Brocq, c'est la forme de lupus érythémateux dite *forme fixe*. Dans les cas que nous avons pu recueillir, c'est la forme fixe qui coïncidait avec les lésions des muqueuses. Il s'agissait même de malades dont les lésions cutanées étaient particulièrement profondes, graves et invétérées.

Quelques vespertillo que nous avons pu examiner, avaient des muqueuses paraissant absolument saines. Voyons maintenant si les différents auteurs confirment cette manière de voir ?

Les observations de Smith sont tout à fait d'accord avec les nôtres. Dans tous les cas rapportés par lui, il s'agit de formes chroniques à type fixe. Les lésions cutanées existaient depuis fort long-

temps chez beaucoup de ses malades, de 2 ans à 4 ans au minimum.

Dans les cas d'Otto Kren, il s'agit également de formes fixes, dont quelques unes étaient de début relativement récent.

La lésion de la muqueuse dans une forme donnée apparaît elle en même temps que les lésions cutanées ou bien un temps plus ou moins long après le début des accidents cutanés ? C'est là un point pour lequel toute observation manque. Nous avons vu toutefois que la lésion de la muqueuse peut précéder les manifestations de la peau, comme cela a été rapporté dans quelques observations éparses dans la littérature. Le lupus érythémateux peut on le sait, revêtir des formes insolites; une des plus importantes est celle connue sous le nom de lupus exanthématique généralisé et qui comprend deux variétés :

a) la forme aigüe (Kaposi 1872) ;

b) la forme subaigüe.

Dans ces formes insolites, peut-on observer des lésions des muqueuses. Nous traiterons tout au long ce sujet au chapitre symptomatologie; mais au paragraphe de l'étiologie nous pourrions déjà dire, qu'il faut dans ces formes, également décri-

re les altérations des muqueuses. Nous ajouterons enfin que si nous n'avons pas observé des altérations des muqueuses dans l'érythème centrifuge certains auteurs croient qu'il peut envahir les lèvres. Dans les cas de Warde, il y a plusieurs lupus pernio s'accompagnant de lésions muqueuses. Nous discuterons plus loin tous ces cas.

Quel est l'âge auquel on observe le plus fréquemment le lupus érythémateux des muqueuses? Le grand nombre d'observations que nous avons pu compulser nous a montré que de telles lésions s'observaient surtout à l'âge adulte. Quoi d'étonnant, d'ailleurs, puisqu'on sait que le lupus érythémateux est surtout une maladie de l'âge mûr (très rarement au-dessous de 17 ans) à l'encontre du lupus tuberculeux.

Trois de nos cas de lésions des muqueuses se sont rencontrées chez des hommes (1), une chez une femme. Certains auteurs l'ont presque constam-

(1) Capelle n'a vu de lupus érythémateux des muqueuses que chez des hommes d'après les cas qu'il rapporte. Il croît cela explicable parce que les muqueuses masculines sont plus sujettes aux irritations (alcool, tabac).

ment observé chez des femmes (1). De telles données sont évidemment fort contradictoires. On sait que le lupus érythémateux est plus fréquent chez la femme. La fréquence du Lupus érythémateux des muqueuses est assez grande, nous l'avons vu, mais quelle est-elle par rapport au lupus érythémateux de la peau ? C'est une question sur laquelle on ne peut encore avoir aucune donnée sérieuse. Il n'existe pas de statistiques assez considérables portant, comme il serait à souhaiter, sur des milliers de cas.

(1) Smith.

PATHOGÉNIE

On n'attendra pas de nous une étude pathogénique sur le lupus érythémateux des muqueuses; elle se confondrait avec celle du lupus érythémateux de la peau. Une excellente enquête, en France et à l'Etranger, auprès des dermatologistes les plus connus a paru, en 1908, dans les *Annales de Dermatologie*, sous la signature du Dr Civatte.

Il est cependant des causes occasionnelles qu'il importe de mettre en relief à propos du lupus érythémateux des muqueuses : c'est la question de l'irritation et du traumatisme. Dans beaucoup de cas, ces deux facteurs semblent ne pas exister ou être tout à fait négligeables. Il n'en est pas de même dans quelques observations où ils ont pu provoquer la localisation muqueuse ou tout au moins fixer le point où cette localisation devait se faire. Dans l'observation de Lustgarten, nous trouvons signalé l'abus du tabac. Deux des mala-

des de nos observations étaient de très grands fumeurs, mais on sait qu'il faut faire les plus grandes réserves sur l'action de cet irritant qui se rencontre d'une façon si fréquente. Dans le cas de Lassar, cité par Capelle, le lupus érythémateux était apparu sur la muqueuse à la suite du port d'un appareil prothétique. Pareillement dans une de nos observations, la localisation semblait sous la dépendance du frottement d'un dentier. Dans un de nos cas, la lésion existait à droite et à gauche sur la muqueuse de la joue. Elle était constituée par une surface vaguement quadrilatère, limitée par un liseré nacré. Or cette surface correspondait d'une manière frappante à l'interligne interdentaire et le liseré nacré avait des prolongements qui reproduisaient le contour des dents. Ceci s'observait sur toute la partie antérieure de la lésion, la partie postérieure étant formée par une plaque hypertrophique dont nous donnerons plus loin la description.

Souvent, enfin, les lésions buccales du lupus érythémateux s'observent de préférence au niveau de la dernière molaire ou de la dent de sagesse.

De telles causes occasionnelles ne sont pas fai-

tes pour nous surprendre, le traumatisme et l'irritation ayant un rôle important dans la création et la localisation des lésions buccales.

SYMPTOMATOLOGIE

Début et Évolution du Lupus Érythémateux des Muqueuses

Nous n'avons aucune expérience personnelle de cette question, qui nous semble des plus difficiles. Nous n'avons observé, en effet, que des plaques torpides, qui nous paraissaient exister depuis longtemps et devoir durer indéfiniment. Quelques auteurs se croient autorisés, d'après leurs observations propres ou d'après d'autres observations, à décrire les phases de début du lupus érythémateux des muqueuses. Nous ne pouvons mieux faire que de citer textuellement leur opinion.

Dubreuilh. — « Il débute, dit-il, par des plaques d'un rouge violacé, assez mal limitées, un peu infiltrées, présentant parfois de petites ulcérations superficielles. Un peu plus tard, apparaissent des traînées blanchâtres cicatricielles, qui se détachent sur le bord violacé; à ce moment,

il y a une grande analogie entre le lupus érythémateux de la cavité buccale et celui du bord libre des lèvres. Enfin, la rougeur tend à s'effacer pendant que les marbrures cicatricielles prennent plus d'importance et la lésion n'est plus représentée que par une cicatrice blanche, un peu dure au toucher, offrant la forme d'un bourrelet circulaire avec des traînées convergentes vers le centre. Il est probable qu'arrivée à ce stade, la lésion persiste indéfiniment sans changement. »

Smith. — « Les taches récentes, dit-il, sont légèrement hyperhémiques, la surface est unie, quelquefois surélevée. Plus tard, apparaît une tache irrégulière, avec un centre gris bleuâtre ou une dépression blanchâtre entourée d'un bord érythémateux, légèrement surélevé. Dans les cas où les taches sont plus vieilles et non actives, on observe une cicatrice irrégulière, gris bleuâtre, délimitée du côté de la muqueuse saine par un bord blanc-bleuâtre. »

Capelle. — « Chez un malade, il nous a été permis de saisir les éruptions à leur période de début et voici ce que nous avons trouvé : Sur une muqueuse parcourue par de fins lacés de capillaires dilatés, il y avait de petites taches rouges, viola-

cées, isolées ou multiples, arrondies, légèrement saillantes, mais généralement plates, à contours très nets, d'une dimension variant de celle d'une tête d'épingle à celle d'une lentille, sans aucune humidité ni suintement, tantôt légèrement prurigineuses, avec sensation légère de cuisson et de brûlure, tantôt sans aucun trouble de la sensibilité. A l'œil nu ou à la loupe, leur centre est légèrement déprimé et un peu décoloré. Par la pression, elles ne sont pas douloureuses, se décolorent en partie et laissent percevoir leur léger relief. Tantôt elles suivent leur évolution isolément, tantôt elles se réunissent, se confondent par leurs bords et forment des plaques. Notons aussi sur la muqueuse avoisinant les taches, la tuméfaction et la dilatation des glandes qui sont nettement visibles.

Otto Kren. — Est complètement d'accord avec les deux auteurs précédents, au sujet de l'évolution du lupus érythémateux des muqueuses.

« L'efflorescence jeune, comme j'ai pu l'observer dans le cas III, paragraphe IV, est une petite tache hyperhémique qui ne fait qu'une très légère saillie au-dessus de la muqueuse environnante. La démarcation n'est pas nette au dé-

but. Plus tard, les bords se relèvent, les plaques ont bientôt des contours définis et le centre se déprime. La rougeur des bords se fond, ou, pour mieux dire, se résoud en petits vaisseaux qui convergent vers le centre de la plaque. Ils se perdent vers la périphérie. Le bord est à pic.

Le centre de la plaque est comme érodé, et les érosions se transforment en ulcérations superficielles et guérissent en laissant des cicatrices atrophiques. Sur les érosions apparaissent alors des points blancs bleuâtres serrés, mais toutefois distincts les uns des autres, ou des traînées qui forment aux lèvres une sorte de réticulum. Les phénomènes inflammatoires régressent et il se forme des trainées blanchâtres qui convergent vers le centre comme les vaisseaux ectasiés du stade jeune inflammatoire. Ce stade semble continuer longtemps sans variation. »

Donc, si dans la littérature médicale on trouve quelques données sur le lupus érythémateux des muqueuses, on ne trouve aucun document sur la manière finale de se comporter des plaques. Il est probable que la lésion arrivée à une certaine constitution persiste indéfiniment. L'indolence qui, en général est la règle, rend le mode de début dif-

ficile à préciser. La lenteur d'évolution des plaques n'a permis de recueillir aucun document sur le second point : stade final. Il est fort possible que l'atrophie de la muqueuse s'accentue, que le liseré diminue d'importance, de blancheur et finisse par disparaître. Ce sont là autant d'hypothèses difficiles, on le conçoit, à vérifier.

Nous allons maintenant tenter une description du lupus érythémateux des muqueuses. Après avoir passé en revue toutes les lésions des muqueuses au cours du lupus érythémateux chronique, nous étudierons les altérations des muqueuses au cours du lupus érythémateux aigü.

1° *Lupus érythémateux des lèvres.*

C'est la manifestation la plus anciennement signalée. Bazin le premier, comme nous l'avons déjà dit, en mentionne un cas dans ses *leçons sur la scrofule.* Bien entendu, les lésions des lèvres peuvent siéger n'importe où, tant sur leur face

interne que sur leurs bords libres où, là, elles revêtent certains caractères spéciaux. Un des premiers aspects objectifs que nous signalerons est l'aspect *marbré non atrophique*, qu'il nous a été donné de constater chez un malade dont nous rapportons l'observation. Ce malade présentait un lupus érythémateux fixe de la face, très prononcé et datant déjà de plusieurs années, des lésions des faces internes des joues, que nous décrirons plus loin, et enfin l'aspect particulier des lèvres que nous essayerons de décrire aussi : aucune desquamation, ni raghade, ni ulcération, peau fine et souple. A première vue, le rouge de la lèvre paraît marbré, et, en effet, si on y regarde de près, on voit une série de zônes, les unes blanches, les autres rouges qui se succèdent sans ordre. Ces zônes sont irrégulières, les unes vaguement triangulaires, les autres grossièrement ovalaires. La coloration blanche que nous signalons, se rapproche de la coloration de la peau normale; il n'est pas question d'aspect nacré. La coloration rouge varie du rouge sombre au rouge clair, avec zônes violacées. Pas de liseré, pas d'atrophie, simples marbrures, c'est le mot. Ces marbrures, d'autre part, sont persistantes. Si on tire la lèvre entre

deux doigts, elles restent apparentes. Un fait important c'est que les lèvres, dans ce cas, ne desquament pas et ne desquament jamais au dire du malade. Un autre point à noter, c'est l'absence de plaques cicatricielles. Le rouge de la lèvre (pour nous servir d'une expression allemande assez compréhensible) a la même forme et la même consistance qu'à l'état normal; la coloration seule varie. D'autres fois, ainsi qu'on le trouve signalé dans plusieurs observations, notamment dans celle de Meneau, les lèvres peuvent présenter quelques marbrures violacées sur lesquelles se détache un fin réseau blanc. C'est, d'après Meneau, l'aspect typique du lupus érythémateux des lèvres.

Nous pensons que l'auteur veut désigner de fines squames transparentes à bordure blanchâtre. Ces squames se rencontrent fréquemment dans le lupus érythémateux des muqueuses. Elles peuvent même revêtir un autre caractère et c'est ainsi qu'on a pu décrire : sur une muqueuse plus ou moins violacée, marbrée, une desquamation en grandes lamelles collodionnées, suivant l'expression de Dubreuilh qui a attiré l'attention sur cette forme. On comprend les variantes pos-

sibles de ces squames. Mais, ce qu'il faut noter, c'est que les raghades sont fréquentes, que lorsqu'on arrache une lamelle, il peut y avoir facile hémorragie.

On a signalé, sur le bord libre des lèvres, une disposition assez curieuse. La lésion était constituée par deux ou trois petites étoiles disséminées sur la lèvre inférieure. Ces petites étoiles étaient composées de vaisseaux rouge vif, tortueux, convergeant à la manière des rayons d'une roue vers un centre minuscule formé par une petite croutelle.

On a signalé également des taches vasculaires formées de vaisseaux rouge vif, tortueux également. De telles taches se faisaient remarquer uniquement par leur coloration. Aucune saillie, aucune dépression à leur niveau.

Nous arrivons maintenant à une forme plus typique que nous retrouverons, avec quelques variantes de détail, non seulement aux lèvres, mais en d'autres points de la muqueuse buccale. Nous prendrons comme exemple de notre description la lésion observée chez un de nos malades.

Dans une de nos observations, un malade atteint de lupus érythémateux fixe invétéré de la

face présentait, sur la lèvre inférieure, une petite plaque irrégulièrement triangulaire. Cette petite plaque, entourée de muqueuse objectivement saine, présentait à étudier un centre et une partie périphérique. Le centre, constitué par une muqueuse violacée, lisse, nettement atrophiée, formait une surface déprimée. Le bourrelet était légèrement saillant, d'une couleur blanc très franc. En regardant de très près, sur le bourrelet venaient se greffer à angle aigu de fines arborisations, qui se perdaient vers la périphérie, très rapidement sur la muqueuse saine, à la manière des fibres d'un balai (Otto Kren).

Cette plaque était donc très remarquable par l'atrophie de son centre et par l'aspect de son bourrelet. Une telle lésion peut, on le conçoit, avoir de nombreuses variantes comme contours et comme taille; nous la retrouverons sur la muqueuse de la face interne des joues. Nous ne faisons ici que la décrire maintenant, nous réservant au prochain chapitre de l'étudier en détail.

Quelques auteurs, Otto Kren, Marc Murray en particulier, disent que dans certains cas, il peut y avoir une enflure, quelquefois même une

« éversion » (1) de la lèvre. Nous n'avons chez les trois malades dont nous donnons l'observation, observé aucun phénomène analogue. Nous ne parlons pas évidemment des cas de lupus exanthématique disséminé où un tel œdème peut se voir, théoriquement du moins. Peut-être cet œdème et cette éversion de la lèvre étaient-ils dûs à des infections secondaires ayant comme portes d'entrées les raghades de la muqueuse.

2° *Lupus érythémateux de la bouche.*

Le type clinique du lupus érythémateux de la bouche et de la langue est fortement modifié par l'absence de follicules pilo-sébacés dans ces régions. La transformation particulière que subissent, avant de desquamer, les cellules buccales, l'absence de couche granuleuse, de couche cornée et la proportion très réduite des papilles dans une partie de la muqueuse buccale, expliquent que les caractères de la desquamation soient

(1) Cette éversion des lèvres est d'ailleurs donnée comme fréquente dans le lupus érythémateux des lèvres par Brocq.

beaucoup moins caractéristiques que sur le tégument externe ou même qu'ils manquent complètement. (Lenglet, prat. derm. t. III, p. 400).

Malgré les modifications qu'apportent aux lésions du lupus érythémateux de la bouche de telles différences histo-physiologiques, les manifestations buccales du lupus érythémateux révèlent certains types bien caractéristiques qu'il importe d'étudier en détail. Les variantes sont d'ailleurs très nombreuses, mais il est bien rare de ne pas avoir, pour le diagnostic, certains points de repère assez précis, que nous essayerons particulièrement de mettre en lumière.

Le siège est très variable, il peut être partout sur la muqueuse buccale (nous n'avons en vue dans ce paragraphe que la face interne des joues), près de la commissure des lèvres, au centre de la face interne des joues, sur sa partie postérieure. Dans un cas que nous rapportons plus loin, il borde pour ainsi dire, le rebord édenté de la gencive et s'étend peu sur la muqueuse de la joue, proprement dite. Il peut former une plaque unique ayant des caractères très nets, ou constituer une série de plaques nettement séparées les unes des autres.

Mais, si le siège est des plus variables, on peut cependant dire que dans beaucoup de cas, comme nous l'avons fait remarquer à propos de la pathogénie, le siège de prédilection est une zône répondant à l'espace *interdentaire* et aux dents et surtout à la partie postérieure de cette zône. Quelquefois, et il en est ainsi dans l'une de nos observations, la lésion représente une figure vaguement quadrilatère, avec aspect différent dans la partie antérieure et dans la partie postérieure qui répond aux grosses molaires et à la dent de sagesse.

Les lésions peuvent-être systématiques avec accentuation plus nette d'un côté que de l'autre. L'étendue des lésions, enfin, peut être des plus variables. Si l'on peut en observer de minuscules, on peut aussi en observer de très étendues en longueur ou largeur ou dans les deux sens, tout d'un tenant.

Un premier aspect objectif nous est fourni par la plaque nettement atrophique délimitée par un bourrelet saillant. Il convient d'étudier : 1° son centre; 2° le bourrelet, la zône entourant le bourrelet ou le liseré.

1° Le centre est constitué par une muqueuse

déprimée et cette dépression rappelle tout à fait l'atrophie cicatricielle de certaines plaques cutanées. Cette muqueuse peut-être rouge vif, rouge violacé. En regardant de très près sur cette zône rouge ou violacée, on peut voir de fines varicosités tortueuses formant des dessins élégants, étoiles, pelotons, etc. Ces fines varicosités se perdent vers la périphérie ou s'y condensent, s'y serrent les unes contre les autres, comme nous le verrons tout à l'heure, en parlant des bords. Mais, l'aspect du centre atrophique est variable. C'est ainsi qu'on peut y voir un pointillé blanchâtre, constitué par de petits grains miliaires, de 1/4 de $^{m}/^{m}$ environ, très légèrement saillants donnant un peu au toucher la consistance du lichen plan (obs. Meneau). A la place du pointillé ou avec lui, parcourant irrégulièrement la plaque, on peut observer de fins tractus blanchâtres, de véritables arborisations, qui sont disposés sans ordre, ou, partant du centre, divergent vers la périphérie, se tassant en un ourlet ou un bourrelet suivant les cas.

Dans certains cas, le centre de la plaque n'est plus rouge violacé, il est opalin, grisâtre ou même d'un blanc très franc ou nacré. Il est, en tout

cas, de coloration à peu près uniforme. A la palpation avec un doigt, le centre de la plaque donne une sensation de dureté très spéciale que l'on peu comparer un peu à celle du lichen plan, comme nous l'avons dit tout à l'heure à propos du pointillé blanchâtre.

2° La zône entourant le centre constitue un liseré ou un bourrelet (1). C'est à peine, dans certains cas, si la zône périphérique forme un relief. C'est, suivant les cas, un liseré rouge formé d'une infinité de petits vaisseaux tassés les uns contre les autres, vaisseaux venant du centre et condensés, ou formé d'une simple rougeur vive dans laquelle il est impossible de distinguer nettement un capillaire. D'autres fois, ce liseré est formé par une petite bande minuscule allant du gris bleuâtre au blanc nacré. D'autres fois, il y a un véritable bourrelet appréciable à l'œil nu

---

(1) Variantes : Bord blanc légèrement saillant (Vidal). centre opalin avec quelques points rouges, ourlet rouge légèrement encorcé (Besnier), surface centrale couverte de petites saillies mamelonnées (Capelle), parsemée d'une multitude de granulation (Meneau), la muqueuse au centre de la plaque semblant desquamer (Gallowag).

et au toucher; ce bourrelet plus ou moins abrupt du côté du centre atrophié, semble au contraire au même niveau du côté de la muqueuse environnante; il est formé souvent de fines arborisations qui se perdent vers la périphérie sur la muqueuse environnante. D'autres fois, sur la ligne centrale du bourrelet, en dedans et en dehors viennent se greffer de fines tentacules nacrées, à la manière des barbes d'une plume. Nous avons observé dans un cas, les faits suivants : bourrelet nacré bordé à sa périphérie d'une zône rouge vif de 1/4 de $^{m}/^{m}$ de large, suivant le contour du bourrelet. On peut encore avoir une zône rouge, une zône nacrée.

Naturellement, on peut observer de nombreuses variantes dans l'atrophie du centre, qui peut à peine exister ou même pas du tout. Le bourrelet lui-même peut être des moins nets, réduit à son minimum. Lorsque la plaque est bien constituée et qu'on la ceint entre les doigts, elle donne une sensation d'induration spéciale : c'est le parchemin mouillé classique.

Un deuxième aspect objectif, bien différent de celui que nous venons de décrire, nous est offert par la lésion que, par opposition, nous pourrions

appeler plaque hypertrophique. Mais en réalité, il n'y a pas de plaque à proprement parler, car un des caractères de cet aspect objectif c'est l'extrême irrégularité, le peu de limitation de ces formations.

Le fait principal est le mamelonnement de la muqueuse qui est saillante, bosselée. Les bosses, d'inégale hauteur, sont séparées par des sillons plus ou moins anfractueux. La coloration de la muqueuse est variable et nous y retrouvons les teintes décrites plus haut, à propos de la plaque atrophique : couleur violacée, rouge vif, stries blanchâtres, enfin teinte uniforme, opaline ou mieux blanc nacré.

Chez un de nos malades (obs. II), sur la face interne de la joue droite, existait une plaque atrophique bordée par un liseré blanc suivi lui-même d'un liseré rouge. Sur la joue gauche, on remarquait une lésion grossièrement ovalaire, saillante, tranchant nettement sur la muqueuse environnante qui paraît normale. Cette plaque était remarquablement infiltrée et, prise entre deux doigts, donnait une sensation cartilagineuse et non plus la sensation du parchemin mouillé du lupus atrophique.

Ces deux aspects objectifs qui fréquemment coïncident sur une même muqueuse semblent être les lésions extrêmes observées. Entre elles, il y a évidemment tous les intermédiaires et l'on peut décrire une troisième forme. C'est la plaque vasculaire,ni atrophique ni hypertrophique ne faisant aucune saillie au-dessus de la muqueuse. La tache peut être réduite au minimum et reproduire la figure que nous avons signalée plus haut : petite étoile vaculaire. De telles plaques représentent-elles une lésion au début ? C'est possible; mais, nous ne pouvons que le supposer à l'heure actuelle.

La lésion peut-être encore constituée d'une façon différente : Il n'existe plus de placards mais des bandes opalines ou nacrées, rectilignes ou festonnées, de coloration opaline ou blanchâtre quelquefois d'aspect absolument leucoplasique. Voici un exemple de telles lésions : « La machoire inférieure ne possède plus que les incisives, les canines et les deux premières molaires. A droite et à gauche, le rebord supérieur du maxillaire, depuis l'angle, est suivi par une bande assez étroite, d'un blanc nacré; de cette bande partent de fines arborisations assez longues et

sinueuses, qui vont se perdre sur la muqueuse de la joue. » Un fin tractus blanchâtre, élégant, formant des festons peut constituer toute la lésion, comme dans ce cas où les dents semblaient laisser sur la muqueuse buccale l'empreinte de leur couronne sous la forme d'un filigrane nacré.

Tels sont les divers aspects le plus souvent observés. Sur les plaques atrophiques ou hypertrophiques, quelquefois même sur les taches vasculaires, on remarque fréquemment de véritables ulcérations. C'est ainsi que sur une muqueuse mamelonnée nacrée, on peut voir une perte de substance plus ou moins ovalaire, recouverte d'un enduit jaunâtre. C'est ainsi qu'au centre d'une muqueuse atrophiée, on peut observer une exulcération, semblant dûe à un coup d'ongle, très superficielle. Capelle signale encore la tuméfaction des glandes de la bouche. « Les parties avoisinantes, dit-il, présentent en certains endroits des glandes dilatées et tuméfiées donnant au toucher la sensation de noyaux durs, coniques et saillants. »

Nous n'avons pas observé cette disposition et nous ne la trouvons mentionnée que par Capelle (une seule observation) et dans quelques observa-

tions de Warde (1) qui manquent un peu de précision.

Nous apportons à la suite de cette description 4 observations de lupus érythémateux des muqueuses.

1° La première, due à l'obligeance du Docteur Fage, a été résumé dans les *Annales de Dermatologie* 1909 et étudiée au point de vue de l'anatomie pathologique. Nous reproduirons cette étude plus loin.

2° La deuxième, personnelle, a pour objet un malade qui présente des lésions de la face interne des joues.

3° Dans la troisième, également personnelle, des lésions des lèvres et diverses lésions de la bouche.

4° Dans la quatrième, des lésions des lèvres.

---

(1) *B. J. of Dermatology* 1902 (Page 380).

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Due à l'obligeance du Dr. Fage. Lupus érythémateux à forme fixe de la face. Lupus érythémateux de la lèvre et de la muqueuse buccale.

H. T., comptable, âgé de 46 ans.

A. P. Père mort d'apoplexie à 62 ans.

Mère morte bacillaire à 41 ans.

Ni frère ni sœur.

La mère, pas de fausse couche.

Pas de maladie dans l'enfance.

En rentrant des colonies, où il avait séjourné 3 ans (Cochinchine) accès paludéens de courte durée.

En 1886, accès de fièvre intermittente.

Durant 6 ans, 10 accès par an de fièvre intermittente, en somme sans trop de gravité puisqu'il pouvait travailler.

Quelques petits accidents sans gravité. Toussaille depuis quelques années, ne crache jamais au réveil, jamais de syphilis. Fumeur depuis l'âge de 16 ans, fume

une moyenne de 16 grammes de tabac par jour, toujours la cigarette.

Début de l'affection cutanée. — 1895. Le malade, après un séjour en Afrique, rentra en France et un ou deux mois après son arrivée, il s'aperçut d'une rougeur siégeant à la racine du nez ; il vint à l'hôpital St.-Louis ou on diagnostiqua, dit-il, acné. La lésion persista stationnaire pendant longtemps ; puis, 4 ans après, il eut au niveau de la joue gauche sur le maxillaire inférieur une plaque nouvelle. Petit à petit, extension des lésions à différents point de la face, des oreilles, du cuir chevelu. Depuis deux ans, les lésions se sont très étendues. Le malade n'a jamais remarqué ses lésions de la bouche et c'est nous qui les lui avons révélé pour la première fois. A l'heure actuelle, octobre 1908, le malade, présente :

1° Un lupus érythémateux fixe de la face, des oreilles et du cuir chevelu ;

2° Des lésions de L. E. de la bouche et des lèvres ;

3° On peut observer sur la langue quelques lésions qu'il est possible de rapporter au lupus érythémateux mais il convient de faire sur ce dernier point les plus grandes réserves.

Lésions cutanées. — Face. Le malade présente sur la face de nombreuses lésions de lupus érythémateux à forme fixe. Il existe une lésion centrale qui occupe le milieu du nez et déborde de chaque côté sur les narines et dans le sillon naso-génien. Au-dessus de chaque sour-

cil, à une distance à peu près égale de la racine du nez, de chaque côté, on trouve une lésion ovalaire. Au milieu du front on trouve également un petit placard. Enfin, de chaque côté, il existe une grande lésion qui intéresse une partie de la joue et de l'oreille.

Nous n'insisterons pas sur la description de ces placards. Disons, seulement, qu'ils sont déprimés, de coloration violacée par places, rouge en d'autres points et qu'ils sont recouverts de squames blanchâtres, adhérentes, plongeant dans le derme par une série de tentacules blanchâtres. Bref, lésions caractéristiques du lupus érythémateux.

Lésions des muqueuses. — Lèvres. Sur la lèvre inférieure, presque sur la ligne médiane, existe un placard très particulier, irrégulier, qui comprend deux parties nettement distinctes :

1° Un fond ;
2° Un bord.

Le fond est déprimé, atrophié ; il a une forme vaguement triangulaire, sa coloration est rouge foncé avec, en deux ou trois endroits, un point blanchâtre.

Le bord est constitué par un liseré nacré. Ce liseré semble frangé, comme constitué par de petites arborisations venant se greffer sur une tige. Il n'entoure pas d'une manière absolue le fond de la plaque. Il a en effet en un point, une sorte d'interruption de son contour.

Lésion de la bouche. — La muqueuse des joues présente ça et là de petits placards blanchâtres, mal limi-

tés; au niveau de l'un d'eux existe un centre grisâtre, légèrement atrophié ; mais, la lésion la plus curieuse siège au niveau de la partie postérieure du rebord supérieur du maxillaire inférieur, à droite et à gauche. A gauche, en effet, suivant le rebord édenté du maxillaire, on trouve une plaque blanc brillant avec quelques arborisations blanchâtres, extrêmement nettes. A l'endroit ou la muqueeuse de la gencive se continue avec celle de la joue vers la partie moyenne, on voit une plaque de 1/2 cent. de diamètre, à fond rouge, parcourue par quelques petites stries blanchâtres. Les stries, qui semblent s'échapper de la lésion se perdent sur la muqueuse de la joue. En somme cette lésion toute entière ne ressemble, ni à de la leucoplasie syphilitique ni à du lichen plan.

A droite, les lésions sont moins marquées. Elles consiste en un tout petit liseré d'un demi cent. de long sur 4 à 5 $^{m}/^{m}$ de large qui déborde la gencive et se termine en avant comme en arrière par une extrémité sinueuse.

Sur le pilier du voile du palais, à gauche, au point où, si l'on peut dire, la partie ascendante se continue avec la concavité, il existe symétriquement des lésions très caractéristique ; ' placard légèrement atrophique de la taille d'une pièce de 50 cent. ; ce placard est violacé mais ses contours sont rouge vif. Il est parcouru par de petites stries blanchâtres très fines, parallèles.

Sur la langue, on ne trouve aucune lésion bien saillan-

te ; cependant, si l'on regarde de très près, on voit de petites bandes irrégulières, opalines, siégeant sur la face dorsale, mais elles échappent à toute description détaillée.

L'analyse histologique de la lésion de la lèvre sera rapportée au chapitre de l'Anatomie pathologique.

Observation II

Personnelle, prise dans le service du Dr Brocq.

Lupus érythémateux de la face interne des joues.

S. 40 ans, garçon de cuisine.

A. H. Père mort d'un accident. Mère vit encore, bonne santé. Deux frères morts en bas âge, probablement de méningite ; 4 frères et sœurs vivant.

A. P. N'a jamais été malade. Pas d'enfant ; célibataire.

Début de la maladie. — Il y a une dizaine d'années, il s'aperçut d'un petit placard au niveau de la joue gauche; le placard s'étendit lentement, puis apparurent des lésions sur la joue droite en avant de l'oreille. Les lésions gagnaient peu à peu du terrain. Les oreilles furent bientôt prises, puis apparurent deux plaques, l'une sur le nez, l'autre au niveau de la partie médiane du front.

Etat actuel. — A l'heure présente, 30 avril 1912, le malade a un lupus érythémateux typique à forme fixe, de la face. Il est très étendu, quelques points sont en activité, quelques autres semblent en voie de régression. Nous n'insisterons pas sur la description de ce lupus qui est très classique.

Lésions des muqueuses. — Du côté gauche de la face interne de la joue, existe une plaque de 4 cent. de long sur 2 cm. de haut. Cette plaque est ovalaire, assez ré-

gulière, elle est légèrement saillante et sa bordure tranche nettement sur la muqueuse environnante qui est, ou, du moins, nous paraît normale. La plaque semble légèrement mamelonnée et on peut la prendre à première vue, pour du lichen plan. Elle est parcourue, en effet, par une série de petites stries nacrées. Mais ces stries, tortueuses, semblent plus serrées que dans le lichen plan. Il y a un tout petit point superficiellement exulcéré.

2° Du côté droit, il existe deux plaques différentes comme aspect; l'une est située sur la partie moyenne de la face interne de la joue, l'autre est située au-dessus de cette lésion. La première, longue de 5 cm., haute de 3 cm. et demi est irrégulièrement ovalaire. Alors que la lésion de la joue gauche était surélevée, celle-ci, au contraire, est déprimée, atrophiée. La partie centrale est parcourue par de fins vaisseaux tortueux, se détachant en rouge vif sur la teinte rouge foncé du centre. Au milieu de la plaque, on remarque une ulcération superficielle et sans grand caractère. Tout le placard est délimité par un liseré de 1/4 de mm. environ ; ce liseré ne fait aucune saillie, il est continu et bordé au dehors, sur une portion de son trajet, par un liseré de 1/5 de mm. environ, érythémateux.

Au dessus de cette première plaque, et paraissant être en rapport avec les dents d'une pièce artificielle, il existe une autre lésion, irrégulièrement ovalaire aussi, de la grandeur d'une pièce de un franc. Elle est constituée par une saillie mamelonnée et revêtue d'une muqueuse

blanc nacré. Ce revêtement est continu, il n'est pas possible d'y distinguer de fines stries blanchâtres. Au palper, sensation cartilagineuse. Aucun phénomène subjectif.

L'examen des organes ne révèle rien d'anormal.

Observation III

Personnelle, prise dans le service du Dr Brocq.

Lupus érythémateux fixe des joues. Lupus érythémateux des lèvres, de la face interne des joues et du palais.

Le malade, âgé de 31 ans, exerce la profession d'infirmier depuis 10 ans, après avoir auparavant travaillé dans la brasserie. Ses antécédents personnels n'offrent rien de particulier. Il a toujours joui d'une excellente santé.

Père, mort récemment d'emphysème pulmonaire. Mère morte jeune d'une affection pulmonaire, probablement tuberculose.

Rien de particulier à noter dans ses antécédents collatéraux. Il est marié, sa femme et un enfant sont en bonne santé. Sa femme a cependant été soignée par M. Balzer, pour un lupus tuberculeux du nez.

L'affection pour laquelle le malade vient consulter, remonte à une douzaine d'années ; pendant son service militaire, il remarque sur la joue gauche une petite papule, large comme une pièce de 20 cent. environ et de couleur rouge. Pendant que cette plaque s'élargissait, de nouvelles lésions apparaissaient sur la joue droite ainsi que sur les faces dorsales et palmaires des deux

mains et sur les pieds, dos et plante. Réformé au bout de 8 mois de service, il entre dans le service du Docteur Du Castel. A ce moment, les lésions avaient gagné la face antérieure du thorax et une partie de la région interscapulaire supérieure.

Après la fermeture du service Du Castel, il passe dans le service de Balzer. Traité pendant deux ans par l'alcool pur et l'ichtyol, par le collodion ichtyolé, il sort en 1900 pour prendre son service d'infirmier. A ce moment les mains, les pieds, la poitrine étaient guéris, les lésions persistaient seulement à la face.

A l'heure actuelle. — 3 mai 1912. Le malade présente un lupus érythémateux de la face. Les lésions ne sont d'ailleurs pas à l'état de pureté, car en certains points, on trouve des cicatrices et des varicosités dues à l'application de rayons X, faites vers 1903, 1904, 1907. Il existe un placard tenant tout le dos du nez, s'étendant sur les faces latérales. Sa coloration est lie de vin avec des points blanchâtres. Ses bords sont nettement accusés, légèrement creusés. La plaque est recouverte par endroits de croûtes jaunâtres très adhérentes.

Sur les joues, lésions étendues, partant des oreilles et allant vers le nez. Les oreilles sont prises, elles sont infiltrées, légèrement déformées et le placard de lupus érythémateux s'étend en arrière d'elles vers le cuir chevelu et en bas, vers le bord maxillaire. Le cuir chevelu est complètement indemne.

Sur le menton, un placard peu étendu. Ce qui est par-

ticulier chez ce malade, c'est le caractère atrophique et profond des lésions.

Certaines cicatrices qu'il porte sur la poitrine représenteraient cependant des placards de lupus érythémateux guéris spontanément.

Lésion des lèvres. — A première vue, les lèvres ont des lésions. Elles ont l'air marbré; ça et là on voit de petites taches blanchâtres à contours festonnés, entourées d'un liseré rouge vif, rappelant la couleur du lupus érythémateux de la peau. Les taches se répètent en plusieurs points sur les lèvres.

Sur la lèvre supérieure, près de la commissure gauche, on remarque un petit placard légèrement atrophique, à centre rouge, avec une bordure blanchâtre. Les lèvres desquament à peine. Cependant, la lèvre supérieure, vers son milieu semble délimitée du côté de la peau par un liseré très minime, légèrement squameux. La face interne des lèvres ne semble pas présenter de lésion.

Joues. — Le malade a des lésions des plus nettes des muqueuses des joues. Les lésions sont identiques, pour ainsi dire, des deux côtés; elles sont disposées horizontalement et suivant exactement l'espace interdentaire. A leur extrémité antérieure, elles ne font aucune saillie, il n'y a aucune dépression.

Elles sont constituées par une surface plane de coloration variée, rouge en certains points, opaline en d'autres et, ce qui est caractéristique, c'est la présence, dé-

limitant une figure vaguement rectangulaire, d'un liseré très fin blanc nacré, qui est régulier et forme une infinité de festons très élégants.

Vers la partie postérieure de la lésion, la muqueuse est comme mamelonnée, blanchâtre, et au niveau de la lésion de gauche, au milieu, existe une petite ulcération recouverte d'un enduit jaunâtre. A droite et à gauche, en avant, la lésion finit du côté de la commissure par un placard nacré d'aspect leucoplasique.

Palais. — Sans ordre, disséminées ça et là, on voit quelques lignes composées d'un fil nacré, entouré en certains points d'un liseré rougeâtre. Rien aux amygdales; la langue paraît saine.

Les organes sont tous sains.

Observation IV

Résumée: Prise dans le service du Professeur Brault à l'hôpital de Mustapha.

Lupus erythémateux de la face et des lèvres, lupus pernio des mains.

Mlle B. postière.

A. H. Père mort d'une conjection pulmonaire en 3 jours.

Mère morte jeune.

4 sœurs en bonne santé.

A. P. N'avait jamais été malade dans l'enfance.

La malade attire l'attention sur des éruptions lui venant surtout l'été à la face depuis l'âge de 15 ans.

Elle les décrits très vaguement, ces éruptions disparaissaient au bout d'un mois.

Elle souffre d'engelures l'hiver.

En été 1908, la malade vit apparaître sur sa face un erythème qui alla en s'étendant progressivement sur la racine du nez et les joues et recouvert de croûtes assez épaisses. En même temps, le rouge de la lèvre inférieure était devenu violacée, se recouvrait de squames et faisait souffrir beaucoup la malade par la facilité avec la quelle les crevasses se formaient. Les engelures des doigt persistaient.

Elle entre le 6 novembre 1911 dans le service du Pro-

fesseur Brault où l'on porta le diagnostic de lupus erythémateux et où on la traita par la radiothérapie et la photothérapie.

Etat actuel. — Peau. La malade présente le 19 juin 1912 des lésions de lupus érythémateux de la face et lupus pernio des doigts tellement améliorées par le traitement, qu'elles sont assez difficile à découvrir.

Lèvres. — Les lèvres sont légèrement tuméfiées, leur coloration générale est rouge foncé avec zônes violacées. Leur consistance est normale.

La lèvre supérieure porte à sa partie médiane un petit placard irrégulier d'$\frac{1}{2}$ cm. environ de longueur. Ce placard, rouge violet est recouvert de fines squames blanchâtres, très adhérentes ; il est assez bien séparé de la muqueuse seine par un liseré blanchâtre.

La lèvre inférieure est recouverte dans presque toute sa largeur par des placards confluents, irréguliers, larges de 1/4 à 1/2 cm. environ. Leur coloration est rouge foncé avec des marbrures violacées par endroits. Ils sont limités par un fin liseré squameux et strié qui ne forme pas de bourrelet.

Les lèvres desquament un peu et saignotent très facilement. — Pas d'autre manifestation muqueuse.

Poumons. — L'auscultation des poumons ne révèle aucun signe de bacillose. — Rien au cœur.

Viscères. — Pas de bacillose viscerale.

Pas de bacillose articulaire.

Urines normales.

3° *Le lupus érythémateux de la langue.*

Le lupus érythémateux de la langue est autrement moins connu que le lupus érythémateux des lèvres ou des autres muqueuses. Les descriptions en sont des plus rares, et nous n'avons, à notre connaissance, que fort peu de documents histologiques. Il semble, d'autre part, que les formes de cette lésion, à la langue, s'écartent plus souvent des types usuels rencontrés sur les autres muqueuses.

Quelle est d'abord l'opinion des auteurs classiques, sur le lupus érythémateux de la langue ?

Beaucoup n'en font point mention. Lenglet, son article de la « *Pratique dermatologique* » dit ceci : « Le lupus érythémateux de la langue est fort peu connu. Dans les observations qui ont été publiées et dont il ne faut accepter l'authenticité que sous toutes réserves, on a noté l'existence de plaques congestives surélevées, dépapillées, de taches de la grandeur d'une tête d'épingle à celle de 1 centime, avec épithélium épaissi au bord et dépression légère au centre. Il serait nécessaire, pour des cas aussi douteux, et aussi nouveaux,

d'avoir toujours l'argumentation clinique sur une étude histologique soignée. »

Jadassohn, dans le traité de Mraceck, dit à propos du lupus érythémateux de la langue : « A la langue, on remarque des foyers peu saillants dont la grosseur varie d'une tête d'épingle à celle d'une pièce de 50 centimes avec muqueuse durcie (Kaposi), deux zônes blanches de la grosseur d'un pois avec une bordure rouge vif (Crocker) ; ou encore des plaques arrondies de la grosseur d'une pièce de 50 centimes, recouvertes d'un enduit blanchâtre pseudo-membraneux (Cros); ou de simples surfaces lisses, dépapillées (Vidal), (Audry); ou d'épaisses plaques rouges dans le centre et blanchâtres sur les bords (Capelle). »

Smith, dans l'étude citée plus haut, a examiné comme on le sait, 56 cas de lupus érythémateux. Seize fois, il a noté des altérations des muqueuses. Il ne signale dans aucun de ces 16 cas de lésion linguale.

Otto Kren, dans son article, cité également, ne parle pas du lupus érythémateux de la langue.

Dubreuilh n'y insiste pas. Capelle en donne une description basée sur un cas personnel.

Brocq, dit que le lupus érythémateux de la

langue existe, mais qu'il est fort rare et mal connu : « Il est caractérisé par des plaques irrégulières, rouges, dépapillées, impossibles à diagnostiquer par elle-mêmes et dont on ne soupçonne la nature que par coexistence d'un lupus des lèvres et de la face. »

Bref, d'après ces quelques citations, on voit que les descriptions des lésions linguales, dans le lupus érythémateux, sont à peine ébauchées. Nous passerons maintenant en revue les observations connues de lupus érythémateux lingual. Elles sont, comme on le verra, de valeur fort inégale.

Observation de Vidal 1889 (Résumée)

L'auteur signale « sur le côté gauche de la langue une surface lisse, dépapillée, de 1 c/m de long sur 5 à 6 m/m de large.»

Il existe des lésions de lupus érythémateux :

1°. du cuir chevelu.

2° de la muqueuse buccale.

Sur la muqueuse de la joue gauche, la lésion commence à 1 c/m de la commissure labiale, et s'étend par une pointe jusqu'au niveau de la deuxième grosse molaire du maxillaire inférieur. Au centre, on voit un point rougeâtre déprimé formant des festons et des arborisations. Le bord blanc forme un léger relief apparent à la vue et facile à constater au toucher. Sur la muqueuse de la joue droite, la lésion commence à 1 c/m en arrière de la commissure labiale et s'étend au niveau de la troisième molaire inférieure. Elle a le même aspect que celle du côté gauche. Là où elle est le plus large, on trouve au centre un fond rouge, un peu déprimé, cerclé de blanc.

Les lésions buccales signalées dans cette observation, par Vidal, sont des plus typiques (1).

Dépression très nette du centre, liseré blanc nacré, tout y est. Sur les lésions de la langue, Vidal est fort peu explicite. « Il existe, dit-il, deux petites plaques dépapillées. Pas d'atrophie, pas de varicosité, pas de liseré. La coïncidence seule avec les autres lésions peut faire faire le diagnostic et encore convient-il de faire quelques réserves sur la nature de telles plaques.

(1) Il suffit pour s'en convaincre de jeter les yeux sur le moulage n° 1396 du musée de St.-Louis.

Oservation de Cros (Résumée)

Sur la langue, il existe deux plaques ulcéreuses siégeant l'une sur la pointe, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, l'autre sur la partie inféro-latérale droite, un peu plus petite, de forme allongée. Elles sont recouvertes toutes deux d'un enduit blanchâtre pseudo-membraneux mais sans liseré congestif, un peu analogues, à première vue, à des plaques syphilitiques. Les ganglions sous maxillaires et cervicaux des deux côtés sont fortement engorgés.

La lésion cutanée coexistante est un placard croûteux siégeant sur le nez, placard recouvert de squames plâtreuses, sèches, assez adhérentes, de couleur grisâtre.

Le diagnostic de cette lésion cutanée ne fait, pour Gros, l'objet d'aucun doute ; c'est bien, dit-il, un placard de lupus érythémateux acnéïque. Un doute subsiste pour les ulcérations lingales. Leur aspect, la rougeur des piliers, leur donne l'apparence de lésions syphilitiques. Notamment la plaque siégeant au niveau de la pointe, avec ses bords nettement arrondis, légèrement encavés avec un certain degré d'induration, simule à première vue l'accident primitif de la syphilis. Ces ulcérations étaient-elles en rapport avec les lésions du nez constituant des lésions lupiques des muqueuses ou

bien étaient-elles des manifestations syphilitiques indépendantes du lupus du nez et coexistant avec lui ? En admettant qu'il existat un chancre à la langue, comme d'après le malade les ulcérations ne remontent qu'à 7 ou 8 mois, la lésion du nez ne saurait-être un accident secondaire ou tertiaire puisqu'elle remonte à 4 ans passés. En admettant que ce soit une lésion indépendante de celle du nez, de nature syphilitique, on comprend difficilement l'existence torpide de ce chancre durant 7 ou 8 mois et ne s'accompagnant d'aucun symptôme de syphilis. Il faut donc abandonner l'idée de syphilis, tant à la langue qu'au nez et, tenant compte des anamnestiques et de l'aspect des lésions, considérer le malade comme un scrofulo-tuberculeux atteint de lupus érythémateux du nez et des muqueuses, celles-ci secondaires et liées au même processus que l'engorgement ganglionnaire. Par acquit de conscience et pour tâcher d'obtenir quelques éclaircissements, on a soumis le malade au traitement par le sirop de Gibert et par les lotions de sublimé. Aucune amélioration, comme on devait s'y attendre, ne s'est produite au bout d'un mois de ce traitement.

Il n'est pas besoin de faire ressortir toute l'incertitude qui plane sur ce cas précédent. L'auteur affirme, d'une manière absolue, la nature de la lésion nasale.

Les lésions linguales étaient loin d'avoir des caractères bien tranchés, mais ressemblaient à de la syphilis. De plus, elles étaient recouvertes d'un enduit

blanchâtre ulcéro-membraneux. Or, ce fait n'est guère le caractéristique du lupus érythémateux des muqueuses.

Donc, il faut retenir ce cas, mais sous les plus expresses réserves.

AUDRY 1901 cité par DUBREUILH

La langue présente sur les deux bords, à 3 c/m de l'extrémité, deux plaques symétriques, arrondies, lisses, d'un rouge vif, ni surélevées ni déprimées et parfaitement indolentes. Il n'y a pas d'induration à ce niveau. La muqueuse est souple, il n'y a pas de sillon ; cependant, au milieu de la plaque de droite, sur le bord libre, il y a une échancrure de 2 à 3 $^{m}/^{m}$, blanchâtre, d'aspect cicatriciel. L'aspect des lésions fait penser à de la syphilis, mais le traitement fait comme il faut et avec persévérance n'amène aucune amélioration.

Une telle lésion linguale accompagnait une manifestation cutanée siégeant à l'extrémité inférieure du nez. Depuis plusieurs mois le malade avait sur le bout du nez une lésion froide, indolente, progressant lentement et constamment. Elle formait un disque assez régulièrement arrondi, un peu plus grand qu'une pièce de 1 franc, occupant exactement l'extrémité du nez sans atteindre la sous cloison ni les ailes. Les bords en sont rouges, bien limités, à peine surélevés. Le centre présente une teinte jaunâtre, superposée à un fond rouge. La surface est rugueuse, un peu squameuse, semée de petits orifices. Toute l'étendue de la plaque présente une infiltration superficielle. En somme, cette lésion

présente tous les caractères habituels d'un lupus érythémateux. L'examen histologique du placard nasal confirme le diagnostic clinique.

Comme on le voit, ces altérations linguales sont moins caractéristiques. L'auteur même, peut, en les voyant, penser à la syphilis et ce n'est que la non réussite du traitement qui permet de penser que leur nature est probablement identique à celle des lésions cutanées. Dans son travail Dubreuilh rapporte ce seul cas.

L'observation qui va suivre est dûe à M. le Professeur Gaucher. Relativement récente puisqu'elle date de 1907, elle est certainement une des plus caractéristiques.

Observation Gaucher

Nous rapportons, dit-il, l'observation d'un cas assez rare de lupus érythémateux de la langue, et on doit reconnaître que sans la coexistence des lésions cutanées, le diagnostic pouvait être méconnu. Il s'agit d'un homme de 39 ans atteint de lupus érythémateux des joues, du nez, des paupières et des lobules des oreilles. Depuis le début de l'affection, qui s'est manifestée d'abord sur l'oreille droite et l'angle interne de l'œil droit, les lésions se sont étendues excentriquement et n'ont jamais été traitées. On constate en outre sur la langue trois plaques de lupus érythémateux : deux plaques sur la moitié antérieure et droite de la langue, une autre sur la région postérieure et gauche du même organe. Ces plaques ne forment aucune saillie sur la muqueuse linguale ; on constate au contraire une dépression cicatricielle allongée très nette à leur niveau. L'infiltration est minime, la coloration du centre déprimé a l'aspect cicatriciel que l'on a signalé quelquefois, la périphérie présente une coloration rouge entourée d'une petite zône blanche ; il n'y pas d'oedème ni d'adénopathie appréciable. Elles sont plus sensibles que le reste de la langue, mais cependant pas douloureuses. Il est certain que sans coexistence des lésions lupiques du

visage, le diagnostic n'aurait pas été fait. Ajoutons d'ailleurs qu'on ne trouve aucun antécédent bacillaire personnel ou héréditaire.

Un moulage de cette langue peut se voir au musée de l'Hôpital St.-Louis sous le n° 2542. Malgré sa beauté, il ne donne pas une idée suffisante de la dépression centrale des plaques, de la coloration rougeâtre entourée d'une zône blanche de la périphérie. Il est inutile d'insister sur l'intérêt d'une telle observation. Les plaques linguales étaient si caractéristiques que M. Gaucher ne souleva pas d'autre hypothèse que celle de lupus érythémateux de la langue.

Aux observations que nous venons de citer, nous devons ajouter celle de Kaposi et de Radcliffe Crocker, de Warde.

Pour les deux premières que nous n'avons pu retrouver, nous devons nous borner à renvoyer à l'article de Jadassohn et à la citation que nous faisons plus haut.

Les formes cliniques aigües (1) et subaigües de cette variété peuvent-elles s'accompagner de phénomènes du côté des muqueuses ? Nous n'hésitons pas à répondre par l'affirmation. Etudions d'abord quelques unes des observations publiées sur la question. Les documents sont peu nombreux, bien différents comme valeur : ainsi le cas de Koch (2) rapporté par Capelle, est des plus douteux comme diagnostic. Il en est de même du cas de G. Fox (3) cité également par Capelle. Quant au cas de Philipson (4) ce n'était pas, à proprement parler, un lupus exanthématique aigü. Il s'agissait peut-être de lupus érythémateux disséminé subaigü et les lésions ob-

(1) Forme de Kaposi (1872).

(2) Koch *Soc. Berl. de derm.* (S. du 14 Janv. 1896).

(3) *Journal of cutaneous and genito-urinary.* (1890 P. 24).

(4) *Berliner med Woch.* (29 Août 1892 P. 970).

servées par cet auteur sur les muqueuses des lèvres et de la cavité buccale, se rapprochent beaucoup des lésions décrites plus haut, dans le cas de lupus érythémateux typique. Les observations de Brooke, Eichoff, Gunsett, Hardavay, Roth, contiennent quelques détails intéressants. Le fait de West (1) ne contient aucune description. Le cas rapporté par Petrini est plus intéressant : il s'agit d'un malade atteint d'une éruption constituée par « des plaques érythémateuses d'un rouge foncé à derme sclérosé alternant avec d'autres plaques d'un rouge clair, légèrement déprimées; d'autres plaques sont simplement érythémateuses; d'autres enfin, couvertes de croutelles blanchâtres, grisâtres, adhérentes. Le début de l'affection remonte à 4 ans et il semble qu'à l'heure actuelle, il y ait une poussée très violente: Les lèvres sont tuméfiées, épaissies, très rouges. *Les muqueuses de la voûte palatine, du voile du palais et des joues paraissent épaissies, présentant une rougeur intense.*

Le malade entre à l'hôpital et toute une série

---

(1) *B. J. of D.* (1897 P. 489).

de phénomènes graves : éruption bulleuse, congestion pulmonaire, etc..., évoluèrent et la mort s'ensuivit. »

L'examen histologique des muqueuses des lèvres et des joues ne fut pas pratiqué. Nous rapprocherons de ce cas, un fait observé par le Docteur Fage, en 1908, dans un service de St-Louis et dont il nous a permis de résumer l'observation en quelques lignes : « Il s'agissait d'une malade âgée de 19 ans, déjà soignée un an auparavant pour lupus érythémateux de la face. Cette malade revient à l'hôpital avec un état général grave : T. de 39 degrès, douleurs articulaires avec enflures de plusieurs articulations, douleurs musculaires, céphalalgie des plus vives. Au point de vue cutané, on remarquait à la face et au cuir chevelu des cicatrices brunâtres atrophiques recouvertes, en certains points, de croûtes grisâtres adhérentes, plongeant dans le derme par des prolongements dendritiques. Bref, lésions typiques de lupus érythémateux. A côté de telles plaques il y avait des placards rouge vif ou violacé, irrégulièrement disséminés sur la face et en quelques points du corps ; les lésions étaient en pleine activité. On porta le diagnostic de pous-

sée aigüe de lupus érythémateux. Les lèvres étaient rouges par places, violacées en d'autres, mais pas tuméfiées. La gencive inférieure, par contre, était infiltrée, rouge vif, avec une ou deux petites traînées blanchâtres, presque imperceptibles. La langue ne présentait rien d'anormal sauf un enduit épais. Les amygdales étaient rouges, ainsi que les piliers du voile. Au palais, rougeur intense avec légère exulcération mal délimitée. La malade, pendant un mois, présenta des phénomènes graves : température en plateau, délire, céphalalgie intense, arthralgies et myalgies, phénomènes méningés tels qu'on pensa à une méningite, mais le liquide céphalo-rachidien examiné 4 fois ne révéla aucun élément cytologique. Les phénomènes pulmonaires étaient peu intenses. L'auscultation des sommets ne révélait rien d'anormal. Les urines contenaient beaucoup d'albumine. La malade mourut après 5 jours de délire. L'autopsie, à part les lésions de néphrite, ne révéla rien. Pas de méningite, pas de bacillose pulmonaire ni viscérale. »

Il s'agissait incontestablement là de lupus érythémateux aigü et cette albuminurie intense, ces arthralgies rapprochent ce cas d'autres cas pu-

bliés. Or, les lésions de la gencive, du palais, des amygdales et du voile étaient manifestes : conjestion intense, œdème, ulcération, suppuration. Il y avait là absolument la même poussée congestive qu'au niveau des placards érythémateux de nouvelle venue qu'on observait sur le corps et sur la face. Nous ne croyons pas que le lupus érythémateux aigü puisse faire d'autres lésions au niveau des muqueuses : les plaques atrophiques ou hypertrophiques décrites plus haut, sont l'apanage du lupus érythémateux chronique. Peut-être dans les cas de lupus érythémateux généralisé subaigü peut-on voir des taches vasculaires assez bien limitées, des pointillés rougeâtres (1). Dans ces cas aussi, on peut voir sans doute, des placards entourés de liseré blanchâtre, comme dans le fait de Philipson mentionné plus haut, c'est possible, mais nous ne nous attarderons pas à cette question. Pour être complets, il nous faut signaler certains faits de gingivite, très particulière, mentionnée par quelques auteurs.

---

(1) *Variante.* - Bandes fibrineuses (Roth) excoriations

Nous avons dit ce qu'il fallait penser du cas de Leslie Robert; mais, Jadassohn a observé, dans ces dernières années, dans deux cas de lupus érythémateux, une gingivite particulière et très peu explicable, avec ramollissement des gencives et légère suppuration. La première fois, une telle affection coïncidait avec la forme discoïde, l'autre fois, il s'agissait nettement de la forme subaigüe du lupus exanthématique, c'est-à-dire, forme à foyers disséminés avec participations articulaires, mais sans fièvre. De tels faits doivent attirer l'attention; pour le moment, on ne peut que les signaler, en se demandant quel rapport existait entre les lésions cutanées et muqueuses. Bref, si nous résumons ce paragraphe en quelques lignes, nous dirons : Le lupus érythémateux généralisé atteint souvent les muqueuses, très souvent même. Il y crée des phénomènes de rougeurs, d'œdème, d'infiltration profonde, des phénomènes ulcératifs et douloureux. Ces lésions n'ont rien de très spécial au point de vue objec-

---

à centre coloré ? (Eichoff) stomatite aigüe avec ulcération des bords du voile (Fox).

tif et rappellent certaines plaques érythémateuses généralisées (1).

(1) Sequeira et Balean dans le *B. J. of dermatology* 1902 rapportent un cas de lupus érythémateux chronique à poussée aigüe. Ils parlent d'une tache sur la lèvre mais ne précisent pas. On ne peut guère en tenir compte.

Fox rapporte un cas de lupus érythémateux aigü disséminé, attaques récurrentes d'érisypèle, mort par pneumonie, le palais était congestionné et ulcéré ; les lèvres boursouflées. Nous avons vu qu'il fallait tenir pour suspecte une telle ulcération.

PHÉNOMÈNES SUBJECTIFS

Nous serons très bref sur les phénomènes subjectifs ressentis par le malade atteint de lupus érythémateux des muqueuses. En général, ils sont nuls et la lésion ou les lésions buccales sont complètement ignorées des malades. C'est à la suite d'une complication qu'on les découvre. Chez tous nos malades, même chez le plus atteint, nous n'avons jamais remarqué de phénomènes de cet ordre ; même les ulcérations plus ou moins étendues qui peuvent se produire ne sont pas douloureuses. Il est des cas cependant, où l'on a signalé des phénomènes douloureux, minimes il est vrai, provoqués ou spontanés. Dans le cas de Vidal, le malade accusait au niveau de ses lésions, des sensations de brûlures et de piqûres. Il en était de même dans le cas d'Otto Kren.

Dans le cas de Capelle, une plaque buccale étendue était douloureuse à la pression,, dans un autre fait, le sujet se plaignait de sensations douloureuses au niveau de sa plaque au contact des aliments. De tels faits, encore une fois, doivent être tenus pour exceptionnels. L'indolence est la règle.

COMPLICATIONS

En 1904, Pautrier a communiqué à la Société Anatomique, un cas d'épithélioma développé au niveau d'un lupus érythémateux (placard cutané) ; à ce propos, il dit : « Si le développement de l'épithélioma sur du lupus tuberculeux est bien connu, par contre, son apparition sur du lupus érythémateux est des plus rares. Ashihara n'en a trouvé que 6 cas dans la littérature médicale : ceux de Nielsen, de Warte, Desbonnets, Taylor, Kaposi et Pringle. Neisser en a constaté deux cas dans sa pratique privée ». Or, chez un des malades du Dr Fage, dont nous résumons l'observation au chapitre de l'anat. path. (lupus érythémateux de la face, de la langue et de la lèvre), au niveau de cette dernière localisation, s'était développé un épithélioma. Voici le fragment d'observation qui a trait à cette complication : « Au niveau de la lèvre inférieure, sur la ligne médiane et toute entière située sur la partie rouge de la lèvre, il existe une ulcération,

moins grande qu'une pièce de 20 centimes. Cette ulcération de coloration rougeâtre présente, à l'étude, un fond et des bords. Le fond, peu creusé dans ses parties périphériques l'est au contraire davantage en un point limité, voisin du centre où il y a une petite dépression infundibuliforme. Le bord de l'ulcération est légèrement surélevé, il est d'un blanc nacré remarquable et, si l'on regarde de très près tout autour de ce bourrelet blanc, à sa périphérie, il y a un second liseré rouge, constitué de fins vaisseaux tassés. De ce liseré divergent quelques petits vaisseaux tortueux. Il n'y a pas de doute, l'ulcération s'est développée sur le lupus érythémateux; le malade dit lui-même, que l'ulcération s'est faite sur une petite tache blanchâtre. Mais, quelle est la nature de cette lésion ? Elle ne saigne pas, ne suppure pas, elle semble reposer sur une base infiltrée; le diagnostic d'épithélioma semble probable. Nous faisons une biopsie qui nous révèle un épithélioma pavimenteux lobulé. Enlèvement chirurgical, guérison rapide de la plaie. »

On trouvera au chapitre histologie, l'analyse anatomo-pathologique de cette tumeur.

De même, le Prof. Dubreuilh et le Dr Petges rapportent plusieurs cas publiés en 1909, d'épithéliomas consécutifs au lupus érythémateux.

L'un des cas est un « carcinome épithélial », histologiquement typique, développé aux dépens de la muqueuse de la lèvre supérieure.

Dans un autre cas une malade qui présentait des localisations rares de lupus érythémateux, à la marge de l'anus, au périnée et aussi à la muqueuse vulvaire a vu apparaître une lésion cancéreuse dans la région périnéale.

Dans les deux autres cas les épithéliomas se sont greffés sur des lésions cutanées de lupus érythémateux.

La même année de Beurmann et Laroche dissutant la pathogénie d'un cas de lupus érythémateux de la face, de la main droite et de la muqueuse buccale, signalent l'existence d'un épithélioma superficiel. Il nous faut mentionner, dans ce chapitre, les coïncidences du lupus érythémateux avec des lésions des fosses nasales et des oreilles. Warde a examiné 15 cas de lupus érythémateux (13 femmes et 2 hommes). Dans 5 cas il y avait une rhinite atrophique et dans 5 cas une rhinite hypertrophique, que Warde consi-

dère, comme une forme de début de l'atrophie. Six malades avaient de l'ozène. Les lésions des fosses nasales accompagnent habituellement des cas où le lupus est très étendu sur la face. Dans le plus grand nombre de cas, il a trouvé des altérations atrophiques du conduit auditif externe et de la membrane du tympan.

Nous devons parler enfin, de la coexistence du lupus érythémateux et du lupus tuberculeux. Ces coïncidences, du plus haut intérêt doctrinal, sont des plus rares. Nous citerons un cas fort intéressant de Ludwig Spitzer, ancien assistant de Lang : il s'agit d'un malade ayant des lésions nettes de lupus érythémateux cutané et au milieu de ces lésions une poussée de nodules lupiques vrais.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous rapporterons seulement, en les résumant, les cas observés par MM. Pautrier et Fage, et étudiés histologiquement dans le laboratoire du Docteur Brocq, à l'hôpital St-Louis. Ils se divisent ainsi :

2 cas de lupus érythémateux fruste de la langue ;

1 cas de lupus érythémateux de la face interne des joues ;

1 cas de lupus érythémateux de la lèvre.

Observation I

H. T. Comptable, 46 ans.

Présente un lupus érythémateux à forme fixe, occupant le nez, la région sourcilière, le front, les joues et les oreilles, encore en voie d'extension.

Les lésions des muqueuses de ce malade ont été complètement décrites au chapitre : Symptomatologie.

La biopsie a porté sur la lésion de la lèvre.

Examen microscopique.

Au faible grossissement, on est frappé à première vue : 1° par l'épaississement irrégulier de l'épiderme et par la kératinisation de la muqueuse ; 2° par l'importance des lésions dermiques consistant :

a)En une infiltration des plus considérables répartie surtout dans le derme moyen et le derme profond ;

b) En une abondance considérable de vaisseaux ectasiés, à parois épaissies, bourrés de globules.

Au niveau du corps de Malpighi, la lésion dominante est la kératinisation de la muqueuse. Elle présente une couche cornée assez épaisse et assez adhérente, formée de strates tassées et peu exfoliantes ; on n'y constate aucun noyau. Sous cette couche cornée on trouve une granuleuse assez épaisse par place, plus mince à d'autres endroits ; l'éléidine, qui n'est pas répartie en granulations très serrées, occupe tantôt cinq à six assises cellulaires, tantôt deux à trois seulement. Le corps muqueux est lui-même fort irrégulièrement distribué : tantôt il est relativement mince, semblant marcher vers l'atrophie, et ne présente aucune papille ni prolongement inter-papillaire, séparé qu'il est du derme par une ligne presque horizontale ; tantôt il est fortement épaissi et envoie quelques bourgeons inter-papillaires longs et trapus. Les cellules qui le composent présentent quel-

ques altérations, surtout au niveau de la basale ; à ce niveau, les unes sont cylindriques, d'autres irrégulièrement arrondies, plus ou moins déformées ; un certain nombre sont en karyokinèse. De nombreux leucocytes migrateurs dissocient en outre la génératrice et écartent les cellules pour se frayer un passage à travers le corps muqueux.

Les lésions dermiques sont représentées au premier chef par l'infiltrat, qui occupe le corps papillaire et surtout le derme moyen et le derme profond. Il est assez discret à la périphérie des lésions, mais au centre il est des plus importants ; il est disposé en nappe à peu près uniforme, assez dense, formée d'éléments étroitement juxtaposés ; cette nappe est coupée, de place en place, par des vaisseaux nombreux, sectionnés tantôt en largeur, dilatés, bourrés de globules rouges. Par en haut elle devient plus discrète au niveau du corps papillaire et s'étend, en diminuant d'intensité, presque jusqu'au contact de la basale. Par en bas sa limitation est plus nette et se place dans le derme profond. Elle semble formée par la confluence de volumineux nodules arrondis.

A un plus fort grossissement, cet infiltrat apparaît constitué surtout par des lymphocytes et des cellules conjonctives à noyau clair ; on y distingue encore des plasmazellen, en proportion appréciable, enfin quelques volumineuses cellules conjonctives enflammées, avec un gros noyau très chomophile et quelques rares mastzellen au voisinage des vaisseaux.

Tous ces éléments cellulaires sont assez étroitement tassés les uns contre les autres. Ils sont disposés dans les mailles fines d'un réticulum conjonctif qui prend son point d'appui sur la paroi des vaisseaux. Ceux-ci présentent un endothélium gonflé, épaissi, manifestement irrité.

L'étude du tissu conjonctif et du tissu élastique montre qu'ils sont assez bien conservés en général, sauf au niveau des points où l'infiltration est la plus dense ; ils sont alors raréfiés et paraissent en voie de destruction.

Observation II

Lupus érythémateux fixe de la face, ayant débuté il y a 10 mois environ. Il présente une unique, lésion de la bouche, siégeant sur la face externe de la joue gauche, un peu en arrière de la commissure labiale.

C'est un placard irrégulier de 4 $^{m}/^{m}$ de diamètre blanc nacré, bordé en partie par un liseré rougeâtre. Il est peu déprimé, donne au toucher une sensation de dureté. Il ne présente de lupus ni aux lèvres ni à la langue.

La biopsie a été pratiquée au niveau de cette lésion muqueuse de la face interne de la joue.

Examen microscopique. — Les lésions épidermiques sont ici très marquées, presque prédominantes. Elles

consistent essentiellement en une kératinisation intense de la muqueuse, avec hyperacanthose.

Le corps muqueux, partout végétant, dessine de grandes papilles et des cônes interpapillaires très longs, très épais, s'enfonçant loin dans le derme.

La kératinisation de la muqueuse revêt, par places, un véritable type d'hyperkératose : le Van Gieson met en effet en évidence une couche cornée épaisse, formée de plusieurs lamelles dont les plus profondes sont adhérentes à la couche sous-jacente, tandis que les plus superficielles ont une tendance à l'exfoliation. Cette couche cornée ne dessine pas une ligne droite et n'a pas partout une épaisseur égale : elle forme des festons, s'enfonçant par place profondément dans le corps muqueux, déprimé à ce niveau en forme de cupule et revêt, sur ce point, son maximum d'épaisseur.

La couche granuleuse présente un aspect symétrique ; elle dessine, elle aussi, des sortes de cônes s'enfonçant dans le corps muqueux et emboîtant le cône corné central ; elle peut être formée à ce niveau par dix à douze assises de cellules chargées d'éléïdine, tandis qu'elle n'est formée que par cinq couches cellulaires dans l'intervalle.

En dehors de son hyperacanthose très marquée, le corps de Malpighi n'offre rien d'intéressant à signaler ; sa basale est régulière, présente quelques karyokinèses, mais est traversée par un assez grand nombre de leucocytes migrateurs.

Le derme est envahi par une infiltration qui est surtout marquée au niveau du corps papillaire et du derme superficiel ; elle n'atteint guère le derme moyen. Elle est confluente au niveau des papilles et autour des grands bourgeons muqueux interpapillaires. Nulle part elle ne forme de nappe homogène très tassée. Elle est formée uniquement de lymphocytes, en majeure partie, et de cellules conjonctives à noyau clair.

Les fentes lymphatiques sont légèrement dilatées, quelques petits vaisseaux sont béants, mais ne présentent pas de lésions importantes.

Le tissu conjonctif ne paraît pas détruit et forme un réticulum dans les mailles duquel sont logés les éléments de l'infiltration.

Observation III.

C. Cocher, 47 ans, probablement ancien syphilitique, a un lupus érythémateux fixe de la face et du cuir chevelu.

Il présente sur la lèvre inférieure, une lésion pour laquelle les auteurs portent un diagnostic d'épitheliome développé sur du lupus érythémateux. Le diagnostic est confirmé par l'examen histologique. La muqueuse des joues présente des lésions pouvant être du lupus érythémateux.

Lésion de la langue. — Sur la face dorsale, existe près de la pointe une bande de 1cm. de long sur $\frac{1}{2}$ de large, qui ne donne pas l'impression de sclérose syphilitique banale. A son niveau, la muqueuse est légèrement atrophiée. Parallèlement à cette bande existent de petites traînées blanchâtres filiformes. Vers le sillon médien de la langue on trouve deux petits espaces dépapillés. A droite toujours sur la face dorsale, se voit une zône longue de 2 cm. sur 1 cm. $\frac{1}{2}$ de large opaline. A son niveau, les papilles sont légèrement atrophiées.

Trois biopsies furent pratiquées. L'une au niveau des lésions cutanées, l'autre comprenant toute la tumeur de la lèvre, la troisième portant sur l'espace opalin de la langue déjà signalé.

Examen microscopique. — *Lésion de la langue.* — La biopsie a été faite dans la région où persistent encore les papilles ; celles-ci se retrouvent sur les coupes. Elles se détachent d'un corps muqueux qui paraît épaissi et dont l'union avec le chorion se fait suivant une ligne presque rectiligne sur certains points. Bien qu'il s'agisse de la région antérieure de la langue, on trouve, sous les cellules imbriquées qui s'emboîtent les unes dans les autres et s'élèvent pour former le sommet de la papille, une granuleuse que l'on ne rencontre d'habitude que dans la région du V lingual.

L'éléïdine, au lieu d'être répartie en granulations serrées sur une ou deux couches de cellules, est répartie d'une façon diffuse et assez clairsemée dans tout l'en-

semble des cellules qui forment l'axe central des papilles.

Dans l'intervalle des papilles, le corps muqueux apparaît formé, dans sa région superficielle, par des cellules aplaties, presque lamelleuses, dont les noyaux sont étirés et allongés parallèlement à la surface. Le protoplasma est peu coloré, il prend une teinte uniforme très claire. Les limites inter-cellulaires ne se distinguent absolument plus ; de sorte qu'il se forme des espèces de bandelettes sur lesquelles tranchent des espaces clairs, irréguliers, vacuolaires. L'ensemble de cette région prend ainsi un aspect feuileté et on serait tenté d'assimiler cet aspect à celui que donne la couche cornée en parakératose au niveau de la peau, s'il n'existait entre ces deux lésions des différences notables. Il est impossible en effet d'assimiler les noyaux allongés, mais encore globuleux, que nous venons de décrire, aux simples bâtonnets rectilignes des cellules cornées en parakératose.

Au fur et à mesure qu'on descend vers les parties profondes du corps muqueux, les cellules malpighiennes reprennent leurs affinités tinctoriales habituelles et leurs noyaux redeviennent arrondis ou polyédriques. Dans les prolongements interpapillaires, au voisinage de la couche basale, on peut constater l'existence de karyokinèses.

En résumé, ces lésions de la muqueuse sont caractérisées par une kératinisation anormale, se traduisant

par l'existence de granulations d'éléïdine diffuses, réparties dans tout l'axe des papilles, par une légère hyperacanthose et par l'état spécial que nous avons décrit à la surface de la muqueuse entre les papilles.

Les lésions dermiques sont caractérisées d'une part par des dilatations vasculaires, d'autre part par l'existence d'une infiltration répartie surtout dans la portion superficielle du chorion.

Les lésions vasculaires ne consistent pas simplement en ces dilatations banales que l'on rencontre dans toute région enflammée. La dilatation des vaisseaux préexistants est certaine ; elle est de plus très importante. En outre, il paraît y avoir des néoformations de petits capillaires. On trouve tantôt coupés en long, tantôt coupés en travers, de nombreux vaisseaux béants encore gorgés de globules rouges.

L'infiltration occupe, comme nous l'avons dit, la région superficielle du derme. Elle est répartie d'une façon assez diffuse, ne paraissant pas se systématiser autour des vaisseaux qui ne présentent jamais de véritables manchons d'infiltrat. Par contre ,au niveau d'un des prolongements interpapillaires qui s'enfonce en végétant dans le derme, on trouve à son extrémité inférieure une région dans laquelle l'infiltrat est dense, plus tassé que le reste de la coupe. Au point de vue de la nature des éléments cellulaires, ceux-ci sont constitués par des lymphocytes, des cellules fixes du tissu conjonctif et par de très rares plasmazellen.

Lésion de la lèvre. — Deux examens histologiques

successifs ont pu être pratiqués, l'un sur une biopsie qui, en révélant l'existence d'un épithélioma, a commandé l'intervention opératoire, l'autre plus complet portant sur la pièce chirurgicale.

Nous dirons peu de chose de l'épithélioma lui-même ; il est de type spino-cellulaire, présentant des globes cornés caractéristiques et s'infiltrant profondément très avant dans la couche musculaire. Dans sa portion superficielle, il présente des lésions évidentes d'infection surajoutée. Toute cette portion centrale correspond à l'ulcération qui constituait la partie importante de la lésion macroscopique.

Nous noterons cependant un fait qui présente un intérêt évident au point de vue qui nous occupe : c'est la présence d'une infiltration dans le stroma conjonctif qui s'étend entre les boyaux épithéliomateux, infiltration qui frappe par son abondance, son importance et sa confluence. Nous savons bien que, d'une façon générale, tout épithélioma qui se développe sur une muqueuse peut provoquer une réaction lympho-conjonctive importante. On a signalé également depuis longtemps l'existence possible de véritables plasmomes au voisinage de foyers épithéliomateux. Nous n'interpréterons donc pas comme un phénomène nouveau l'existence de l'infiltration considérable que nous venons de constater. Néanmoins, sa généralisation, son uniformité, sa cohérence ne peuvent pas ne pas être impressionnantes et font que l'on se demande si, à côté de l'infiltration inflammatoire déter-

minée par l'épithélioma, il n'aurait pas existé au préalable une infiltration due aux lésions du lupus érythématheux lui-même, ce qui expliquerait l'importance spéciale que présentent ces caractères.

Au point de vue de la nature des éléments cellulaires, il s'agit de cellules conjonctives fixes, de lymphocytes et de nombreuses plasmazellen.

Mais ce qui est plus intéressant à étudier, c'est la zone périphérique qui s'étend de chaque côté de l'épithélioma et que nous avons pu étudier parfaitement, l'exérèse chirurgicale ayant été largement pratiquée.

Ce qui frappe au premier examen, c'est l'épaississement du corps muqueux qui dessine de larges papilles et surtout des prolongements interpapillaires épais et trapus. Par places, au contraire, il paraît aminci. Un deuxième phénomène important est représenté par l'existence d'une couche granuleuse qui peut arriver à former de place en place des sortes de cônes constitués par huit ou dix assises de cellules chargées de kératohyaline. La couche granuleuse reliant ces petits cônes est elle-même formée par quatre ou cinq assises cellulaires. Il a donc une kératinisation de la muqueuse très appréciable du reste. Sur un point correspondant à l'un de ces épaississements de la granuleuse, on note un petit amas de couche cornée qui s'enfonce en forme de coin.

Sur d'autres points au niveau desquels le corps muqueux parait épaissi et quelque peu proliférant, on note,

dans les couches superficielles, une altération toute spéciale des cellules. Elles deviennent très claires, très acidophiles ; les limites intercellulaires disparaissent à peu près complètement et il tend à se former une sorte de nappe protoplasmique dans laquelle on ne distingue qu'à grand'peine les limites cellulaires, mais sur laquelle tranche une série de petites cavités, claires, blanchâtres, contre la paroi desquelles est accolée une petite masse sombre, ratatinée, très basophile. Il s'agit là d'une forme spéciale de l'altération cavitaire de Leloir, avec une dégénérescence particulière du protoplasme. Au-dessus de ces couches ainsi altérées on ne trouve aucune trace de granuleuse, mais une couche cornée qui prend nettement les colorants et qui présente des lésions de parakératose franche avec noyaux en bâtonnets allongés.

Le derme sous-jacent est constitué par un stroma dense sur certains points et formé de fibres adultes, trapues. Sur d'autres points au contraire, il est grêle, formé de fibrilles assez fines, paraissant distendues par de l'œdème ; les vaisseaux qui sillonnent ce derme sont manifestement dilatés en certains points. Enfin, on note encore l'existence d'un infiltrat assez discret mais qui, de place en place, forme de petits amas plus cohérents, groupés plutôt de préférence à l'extrémité des prolongements interpapillaires. Il est constitué uniquement par des lymphocytes et des cellules près du tissu conjontif.

Observation IV.

A., garçon de magasin, 55 ans, lupus érythémateux symétrique des joues ayant débuté il y a quinze mois. Placard ancien de lupus érythémateux du cuir chevelu. Il présente certaines lésions des muqueuses buccales et linguales d'ailleurs assez frustes.

Au niveau de la commissure des lèvres, à droite, il existe une petite plaque opaline sur la nature de laquelle il est difficile de se prononcer. Sur la face interne de la joue droite on remarque une série de petits points opalins ressemblant à des grains de semoule. Sur la face dorsale de la langue, commençant à 3 centimètres environ de la pointe et longues de 2 centimètres 1/2, il existe deux petites bandes d'environ 7 millimètres de large. Ces bandes ont une teinte violacée et sont comme *voilées* par un léger enduit blanchâtre. Elles sont très légèrement déprimées. A leur niveau les papilles n'ont pas disparu, mais elles sont comme séparées les unes des autres par de minuscules travées de sclérose. Elles donnent au toucher une sensation de râpe. Ces lésions, comme dans le cas précédent, avaient un caractère assez spécial qui éveilla l'idée de manifestations frustes de lupus érythémateux de la langue.

Chez ce malade, trois biopsies furent pratiquées, deux au niveau des lésions cutanées, la 3e intéressant l'une des petites bandes linguales.

Examen miscroscopique. — Ce cas n'offre de différence avec le premier qu'en ce qui concerne le corps muqueux. On ne trouve pas dans ce second cas de papilles filiformes. La surface de la muqueuse présente partout des troubles de kératinisation anormale signalées dans la précédente observation dans les régions interpapillaires. Par sa face profonde ,le corps muqueux est assez végétant et présente de place en place de longs et flexueux prolongements interpapillaires.

En synthétisant les examens miscroscopiques qui précèdent, les auteurs concluent que le lupus érythémateux des muqueuses est défini principalement par une kératinisation en général intense des muqueuses, par un mélange d'hyperacanthose et de tendance à l'atrophie du corps de Malpighi, par un infiltrat dermique parfois discret, parfois très intense, enfin par des lésions vasculaires.

La kératinisation de la muqueuse est le phénomène épidermique prédominant. Elle aboutit à la formation d'une véritable couche cornée qui peut atteindre une épaisseur importante ; cette couche cornée peut présenter des lésions de parakératose, avec conservation de noyaux en bâtonnets. Elle est en général adhérente au

corps muqueux par sa face profonde ; elle n'a de tendance à l'exfoliation que dans ses strates superficielles. Il est rare qu'elle s'étende en ligne droite ; elle est en général festonnée et peut même former de véritables cônes, qui s'enfoncent dans des dépressions sous-jacentes du corps muqueux.

La couche granuleuse peut affecter la même disposition et former elle aussi des cônes qui emboîtent le bouchon corné central et déprime le corps de Malpighi. Son épaisseur est donc variable et va de huit à dix assises cellulaires sur les points les plus épais, à quatre ou cinq sur les points intermédiaires. Elle peut manquer totalement par places.

Le corps muqueux peut présenter tantôt de l'hypéracanthose, tantôt une tendance à l'atrophie, tantôt un mélange de ces deux processus. Dans le premier cas il végète profondément, dessine de grandes papilles et envoie loin dans le derme de volumineux bourgeons interpapillaires larges et épais. Dans le second cas il s'amincit sensiblement, ne forme plus ni papilles, ni prolongements interpapillaires et s'unit avec le derme suivant une ligne presque droite. Il présente souvent en surface des dépressions dans lesquelles s'enfoncent les cônes cornés et granuleux que nous avons décrits.

Il peut présenter, dans ses couches superficielles, des altérations importantes ; le protoplasma cellulaire devient clair et très acidophile ; les limites intercellulaires disparaissent à peu près complètement ; les noyaux

s'allongent en bâtonnets ; ou bien ils peuvent se ratatiner et s'entourer d'une petite vacuole rappelant l'altération cavitaire de Leloir.

La couche germinative est en général saine ; elle peut présenter quelques altérations du type cellulaire ; elle est très souvent dissociée par places par un afflux de leucocytes en exocytose.

L'infiltration est le phénomène dermique le plus constant et le plus important. Elle occupe toujours le corps papillaire et le derme superficiel ; dans les cas où elle est intense elle descend jusqu'au derme moyen et même jusqu'au derme profond. Elle est tantôt discrète, assez clairsemée ; tantôt elle est étalée en nappe presque uniforme, paraissant constituée par la fusion de gros nodules arrondis ; dans ce cas les éléments cellulaires sont assez étroitement tassés les uns contre les autres. Ils sont représentés presque uniquement par les lymphocytes et des cellules conjonctives à noyau clair ; plus rarement on trouve des plasmazellen en proportion appréciable ; enfin, accessoirement on rencontre encore quelques grandes cellules conjonctives au noyau hypertrophié, très chromophile, et de très rares mastzellen, au voisinage des vaisseaux.

Les vaisseaux sont en général altérés ; leur endothélium est tuméfié ; leur lumière est dilatée ; ils sont gorgés de globules rouges ; dans certains cas il y a même néoformation vasculaire appréciable.

Le tissu conjonctif et l'élastine paraissaient en géné-

ral peu altérés, dans les cas que nous avons étudiés. Le collagène formait presque toujours un réseau à mailles grêles, servant de soutien à l'infiltrat. Ce n'est que par places qu'il paraissait avoir une tendance à se laisser détruire par ce dernier.

On voit que le lupus érythémateux des muqueuses offre un parallélisme remarquable avec celui de la peau.

La kératinisation intense de la muqueuse est l'analogie de l'hyperkeratose cutanée et l'analogie se poursuit jusque dans le détail dans la tendance à la fois à l'acanthose et à l'atrophie, dans la distribution irrégulière de la granuleuse, dans la formation de cônes cornés s'enfonçant dans les dépressions du corps de Malpighi.

Les lésions dermiques sont également semblables, avec la dualité de l'infiltrat et des lésions vasculaires.

TRAITEMENT

Le traitement du lupus érythémateux des muqueuses est très décevant, plus difficile encore que celui de la peau dit O. Kren (1). On a, en réalité, très peu d'observations de résultats thérapeutiques.

On a recommandé des scarifications linéaires quadrillées, des badigeons bi-hebdomadaires avec de l'acide lactique, des pointes de feu serrées au galvano-cautère (Besnier), des badigeons au nitrate d'argent (Zeisler), à l'ichtyol et au coaltar saponiné (Dubreuilh).

Jadassohn rapporte un cas très intéressant où la manifestation muqueuse disparut sous l'influence du traitement interne par la quinine.

Il y a lieu de fonder de plus grandes espérances sur les résultats thérapeutiques donnés par la *radiothérapie* et surtout la *photothérapie*.

---

(1) O. Kren. *Archiv. f. dematologie und Syphilis.* (LXXXIII p. 42). Uber lupus erytematodes Liperots und der mundschleimhaut.

Ces résultats, qui sont incontestables pour ce qui est du lupus érythémateux de la peau semblent excellents pour le lupus érythémateux des muqueuses. Cependant la technique est plus difficile car les appareils s'adaptent moins commodément aux lésions. La malade dont nous rapportons l'observation, a subi ces deux traitements sous la direction du Pr. Brault et en a retiré un grand avantage.

On fit à cette malade, d'abord des applications de rayons Rœntgen sur ses lésions de la face, des doigts et des lèvres. Ce traitement améliora beaucoup la face et les doigts et sensiblement les lèvres. Il fut suivi du traitement photothérapique.

On pratiqua sur les lésions, au contact même de la lampe de Kromayer et avec compression des applications de rayons ultra-violets (90 volts et 5 ampères) pendant 5 minutes.

A la suite de ces applications il s'établit en 2 jours, une dermite assez intense qu'on traite comme une brûlure ordinaire (liniment oléo-calcaire). On recommence l'application dès la guérison, c'est-à-dire tous les 10 jours environ (1).

---

(1) On complète ce traitement par un traitement

Actuellement, après cinq aplications, le lupus pernio des doigts a complètement disparu, celui de la face est considérablement amélioré, pour ainsi dire guéri. Celui des lèvres persiste encore, mais très amélioré lui aussi.

---

interne au sulfate de quinine de 0 gr. 60 cent. à 1 gr. par jour et à l'arsenic arrhenal 0 gr. 05 cent. par jour avec repos de 8 jours.

DIAGNOSTIC

On peut résumer en quelques lignes les caractères principaux du lupus érythémateux des muqueuses sur lesquels devra s'établir le diagnostic.

1° Atrophie du centre de l'élément, caractère capital mais non essentiel, ce centre atrophique pouvant être parcouru par des traînées blanchâtres, des varicosités, pouvant être opalin ou même franchement leucoplasique.

2° Liseré ou bourrelet suivant les cas, bordé lui-même d'un liseré rougeâtre d'où partent des capillaires variqueux.

3° L'infiltration assez spéciale donnant la consistance du parchemin mouillé ou même celle d'une plaque cartilagineuse.

Mais, on se rappellera également combien les lésions du lupus érythémateux des muqueuses sont variables d'aspect. Quant il s'agira d'une lésion linguale, on aura toujours présent à l'esprit la possibilité de formes frustes. L'histologie sera, dans bien des cas, le critérium requis.

Deux alternatives peuvent se présenter : ou bien la lésion de la muqueuse coïncide avec un lupus érythémateux cutané ou bien cette lésion est la seule manifestation morbide.

Avant de dire qu'une lésion des muqueuses est primitive, on devra faire un examen minutieux des plus approfondis de tout le tégument. Nous attirons tout particulièrement l'attention sur ces petits placards de lupus érythémateux du cuir chevelu, qui peuvent facilement passer inaperçus et qui sont quelquefois si précieux pour le diagnostic.

Donc, si la lésion muqueuse coïncide avec un lupus érythémateux de la peau, le diagnostic est en général assez facile. Comme nous venons de le voir, la lésion cutanée éclaire le diagnostic. Cependant, il n'est pas impossible d'admettre qu'il puisse y avoir des associations. Un malade peut bien avoir un lupus érythémateux de la face et de la leucoplasie syphilitique de la bouche. Mais, comme on le verra plus loin, il existe souvent en un ou plusieurs points des dispositions qui font faire le diagnostic.

Envisageons maintenant le diagnostic du lupus érythémateux primitif :

Une première affection avec laquelle on pourrait peut-être confondre le lupus érythémateux, *c'est le lupus vulgaire*. Au début de son évolution, un placard de lupus tuberculeux, peut être très difficile à différencier d'une lésion de lupus érythémateux, d'autant que le placard peut se recouvrir d'un voile grisâtre, quasi opalin. Mais, d'ordinaire, au bout d'un certain temps, sa surface est ulcérée, mamelonnée, bourgeonnante, fongueuse. Alors, l'erreur n'est guère possible. La coexistence du lupus érythémateux cutané et du lupus tuberculeux buccal n'a jamais été signalée. On a rapporté le cas suivant : lupus érythémateux et lupus tuberculeux de la peau, et lupus érythémateux des muqueuses.

Le lupus érythémateux des muqueuses peut être, croyons-nous, assez facilement différencié du lichen-plan (1).

Aux lèvres, le lichen-plan s'écarte nettement comme aspect objectif, des placards de lupus érythémateux que nous avons pu observer. Pas de

---

(1) Otto Kren, dans le travail déjà souvent cité, s'étend longuement sur ce diagnostic.

marbrures, stries très fines, sèches, pressées les unes contre les autres; autour du placard de lichen, muqueuse paraissant normale. Pas de liseré érythémateux et surtout, pas ou fort peu d'atrophie.

Le lichen de la joue peut former, à la vérité, une plaque blanchâtre, déprimée, prenant un aspect pseudo-cicatriciel. Nous n'avons jamais observé une atrophie aussi marquée qu'au niveau de la plaque de lupus érythémateux atrophique. Le bourrelet, dans le lichen, n'existe pas ; on n'observe pas non plus de zône érythémateuse. Dans le lichen plan, le réticulum blanchâtre est formé de stries s'entrecroisant à angles plus ou moins aigü. Aux points d'entrecroisement, on observe de petis nodules comparables à des perles. Ces nodules n'ont pas été signalés dans le lupus érythémateux, sauf peut-être dans l'observation de Meneau, mentionnée plus haut.

Nous arrivons maintenant au diagnostic du lupus érythémateux avec les leucoplasies d'ordres divers : certains auteurs, on le sait, soutiennent l'origine exclusivement syphilitique de la leucoplasie; d'autres, au contraire, disent que lorsqu'on a fait le diagnostic de leucoplasie, on a seulement fait le diagnostic d'un aspect objec-

tif et qu'il faut remonter à la cause. Il est un fait incontestable, c'est que la leucoplasie syphilitique est la plus fréquente et la plus intéressante à bien connaître; nous l'envisagerons dans son diagnostic avec le lupus érythémateux.

Deux cas peuvent se présenter : dans le premier, ce diagnostic est simple, il y a des caractères tranchés qui mettent immédiatement dans la bonne voie. Dans le second ordre de faits, il est beaucoup plus difficile de se prononcer, on devra alors analyser minutieusement tous les symptômes.

Voici, par exemple, chez un de nos malades une lésion qui rappelle la leucoplasie dans son ensemble; c'est une bande étroite, épaisse, nacrée, suivant le rebord de la gencive; mais, de cette bande, partent, pour aller se perdre sur la muqueuse saine, de minces filigranes festonnés, blanchâtres, qui sont tout à fait dans le plan du lupus érythémateux et qui font faire le diagnostic de la lésion.

Malgré tout, dans bien des cas, le diagnostic reste impossible et l'on a vu des lésions des muqueuses considérées comme du lupus érythémateux guérir sous l'influence d'un traitement mer-

curiel bien fait. Inversement, on a pu voir des lésions de lupus érythémateux prises pour de la syphilis et par conséquent nullement influencées par le traitement spécifique.

D'autres lésions syphilitiques peuvent encore donner le change. Nous ne citerons que pour mémoire la plaque muqueuse des joues, de l'amygdale et de la langue. Rappelons que Fournier (1) a rapporté un cas de syphilides de la lèvre simulant un lupus érythémateux.

Plus difficile sera le diagnostic du lupus érythémateux et de certaines plaques syphilitiques en coup d'ongle (Fournier) que l'on rencontre fréquemment à la langue. Les commémoratifs, la présence d'autres lésions guideront en ces cas.

Il est encore des bandes de sclérose parcourant la langue dans une de ses parties, qui peuvent donner lieu à de très grandes hésitations. Ces bandes, que fréquemment on observe chez certains syphilitiques, sont très minces, très superficielles, déprimant peu la muqueuse sous jacen-

---

(I) Gaz. des Hop. 1890.

te. Dans bien des cas, il faut l'avouer, le diagnostic est vraiment impossible.

Une curieuse affection, dont la nature n'est pas connue, doit maintenant nous arrêter : c'est celle que Rayer appelait le pytiriasis des lèvres ; Besnier l'eczéma enfoliant des lèvres, et que Brocq désigne sous le nom de « desquamation persistante des lèvres ». (2) Les lésions sont constituées par la production de squames croûteuses plus ou moins épaisses, qui se détachent progressivement par leurs bords en se recroquevillant et en laissant au dessous un derme rouge, sensible, sillonné de fissures radiées. Ces lésions coïncident fréquemment avec un état opalin de toute la muqueuse interne des joues. Si la desquamation persistante des lèvres peut être facilement distinguée à l'ordinaire, il est à peu près fatal qu'on doive la prendre pour du lupus érythémateux des lèvres si elle coïncide avec du lupus érythémateux de la face. Nous ne faisons que signaler cette éventualité, à la rigueur possible.

Tels sont, rapidement esquissés, les différents

---

(2) Remarque du Dr Fage.

problèmes que l'on peut soulever à propos du lupus érytnemateux des muqueuses.

Si l'on envisage la question du diagnostic du lupus érythémateux primitif, on comprend combien elle est ardue. On comprend également combien une manifestation muqueuse très voisine comme aspect objectif du lupus érythémateux des muqueuses coïncidant avec un lupus érythémateux de la peau peut-être difficilement attribué à sa nature étiologique véritable si elle n'est pas lupique. Seuls, les caractères que nous avons donnés en commençant, serviront de guide et l'histologie donnera le plus souvent la clef de l'enigme.

Disons en terminant, pour être complet, que le pronostic du lupus érythémateux des muqueuses ne semble pas devoir être grave.

Vu,
Le Président de Thèse,
Dr Brault.

Vu,
Le Doyen,
Curtillet.

Vu et permis d'imprimer,
Alger, le 19 Juin 1912,
Le Recteur,
E. Ardaillon.

BIBLIOGRAPHIE

Nous ne signalerons dans cette nomenclature que les articles ou les observations ayant directement trait au lupus érythémateux des muqueuses.

Allen. — A case of. lupus érythémateux involvyny the mucous membrane of. the lip; New-York, *Derm, soc.* 24 février 1903.

Arndt. — *Berliner dermat. Geselch*, 1er mars 1904 et *Dermatologische Zeitchrifft*, 1904, p. 513.

Audry. — Cité par Dubreuilh (voir ce nom).

Balean. — Voir *Segueira and Balean.*

Balzer et Galup. — Lupus érythémateux primitif de la muqueuse de la lèvre inférieure, *Bull. de la S. Fr. de Derm.*, 4 juillet 1907, p. 375.

Beringier. — Lupus érythémateux du nez et de la muqueuse laryngée, *Ann. des mal. des oreilles et du larynx*, 1878, p. 172.

Beurmann et Laroche. — Lupus érythémateux de la face, de la main droite et de la muqueuse buccale chez une femme de 75 ans. Discussion de la pathogénie. Coexistence d'un épithéliome superficiel, *B. S. F. D.*, 10 juin 1909, p. 224.

Brocq. — Lupus érythémateux disséminé à aspect un peu insolite, *Ann. de Derm. et syph.* 1893, p. 1175.

Bazin. — *Leçons sur la scrofule*, Paris, 1861.

Cafavy. — Case of. lupus erythematosus remarkable *B. S. of Derm.*, 1897, p. 328.

Capelle. — Le lupus érythémateux des muqueuses, *Th. de Paris*, 1901.

Cros. — Du lupus érythémateux et de sa nature tuberculeuse, *Th. de Montpellier*, 1895.

Diaz. — Lupus eritematoso de la mucosa de las mejillas. — *Societad Dermatologica Argentina*, 19 mai 1909, *Revista Dermatologica*, décembre 1909, p. 11.

Du Castel. — Lupus érythémateux généralisé avec maximum au niveau de la face, *Ann. de derm. et syp.*, 1899, p. 660. — *Cette observation a été complétée par Capelle, loc. cit.*

Dade. — Case of lupus erythematosus of mucous membrane of. lip. *N. Y. D. S.*, 28 avril 1908. *J. of. C. D.* septembre 1908, p. 416.

Darier. — *Précis de Dermatologie*, 1909.

Durhing. — Sur le lupus érythémateux. *Philadelphia médical Times*, 5 juin 1875.

Dubreuilh. — Lupus érythémateux de la muqueuse buccale, *Ann. de derm. et syph.*, mars 1901.

Dubreuilh et Petjes. — Epitheliomes sur lupus erythémateux, *Ann. de Derm.*, 1909, p. 106.

Ehrmann. — Lupus érythématodes der Haut und der Mundsheinhand, *Wiener derm. Geschhalt*, 8 mai 1901 et *Arch. fin dermat.* 1901, T. 58, p. 267.

Feulard. — Lupus érythémateux de la lèvre supérieure avec tuberculose pulmonaire.

Fordyce. — Lupus of. the mucous membrane of. the nose, *New-York derm. soc.*, 23 avril 1907.

Fournier. — Syphilides de la lèvre simulant un lupus érythémateux, *Gaz. des Hôp.* 1890, p. 402.

Fox. — Case of. lupus erythématosus of. the face and oral cavity, *J. of. C. and genito Urinary diseases*, 1890, p. 124.

Gaucher. — Lupus érythémateux de la face et de la langue : *Soc. fr. derm. et syph.*, 2 mai 1907.

Hassler. — *In Dubreuilh*, loco cit.

Homolle. — Des scrofulides graves de la muqueuse bucco pharyngienne, *Thèse de Paris*, 1875.

Jadassohn. — Article : Lupus érythémateux du *traité de Mracek*, 1905.

Kren. — Ueber lupus erythematodes des lippeurots und der Mundschermhaut, *Arch. für dem.*, Janvier 1906, p. 13.

Kren. — Drei Falle von lupus erythematodes der lippen and Wangenschleinhaut, *Wiener Dermat Gesel*, 16 mai 1906 et *Arch für dermat.*, décembre 1906, p. 424.

LACK. — Lupus erythematosus of. the mucous membrane of. the cheeks of. over twelve months Standing, P. S. of. Laryngological section, 3 mars 1911, p. 104.

LACK. — Case of. lupus erythematosus with affection of. Mucous membrane of. palate and mouth. Procedingo of. the Royal Sociéty of. medecine of *London Laryngological section*, 6 novembre 1908, p. 26.

LAMAISON. — Du lupus érythémateux. *Thèse de Montpellier*, 1882.

LONG. — Lupus érythémateux de la bouche. *Société Viennoise de dermatologie*, 19 avril 1893 et *Arch. für derm.* 1893, p. 861.

LESSER. — Lupus érythémateux du cuir chevelu et la cavité buccale. *Berliner Klin Woche*, 11 décembre 1893.

LELOIR. — Recherches sur l'histologie pathologique et la nature du lupus érythémateux, *Arch. de physiologie normale et pathologique*, octobre 1890, p. 690.

LUSTGARTEN. — Lupus érythématosus. *New-York, dem, soc.*, 23 avril 1907.

MENEAU. — Lupus érythémateux du cuir chevelu et de la bouche, *Soc. fr. de derm.*, 10 avril 1896 et *In Dubreuilh* loc. cit.

NEUMANN. — Lupus érythématodes an der Nase. *Wiener Dermatol. Gesel*, 1901 .

Moller. — Lupus érythémateux avec altérations profondes de la muqueuse buccale et de la choene antérieure. *Soc. de dermat. de Stockholm*, 30 avril 1903.

Pautrier et Fage. — Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique du lupus érythémateux des muqueuses, *Ann. de dermat.* juin 1909 ,p. 673.

Pautrier. — Sur un cas d'épitheliome développé au niveau d'un lupus érythémateux, *Bull. Soc. Anat. Paris*, novembre 1904, p. 745.

Petrini. — Note sur un cas de lupus érythémateux généralisé avec nécropsie et études histologiques, *Brochure Paris, Masson*, 1892.

Piffard. — Lupus érythémateux de la verge *Arch. of. Dermat.*, avril 1877.

Philipson. — Un cas de lupus érythémateux désséminé avec manifestations articulaires, *Berl. Klinische Woche*, 11 décembre 1893.

Renouard. — Du lupus érythémateux et de ses rapports aves la scrofule et la tuberculose, *Th. de Paris*, 1884.

Leslie Robert. — Does lupus érythematosus ever attack the mucous membranes, *B. Journ. of derm.*, mai 1897, p. 177.

Sequeira et Ballean. — *B. J. on. dermat.*, 1912.

Smith. — Mucous membrane lesions in lupus érythematosus, *B. J. of. derm.*, février 1906, p. 59.

Stelwagon. — A case of. probable lupus erythematosus of. the mucous membrane of. the mouth and lips, *Philedelphia derm. soc.*, 18 décembre 1906 et *Bull. M. S. of. derm.*, Mars 1907, p. 123.

Stewagon. — Lupus erythematosus limited tothe lips, *Philadelphia derm. soc.*, 19 mai 1908, *S. of. C. D.*, octobre 1908.

Vidal. — Lupus érythémateux de la bouche, *Ann. de derm. et syph.*, avril 1889, et *revue Hayem*, 15 juillet 1889, p. 193.

Weide. — Lupus erythematosus ou examination of the notes of. 56 consecitive cases. *B. S. of. derm*, *octobre* 1902, p. 380.

Weide. — Lupus erythematosus its association with hypertrophie rhinites and ozœna and atropha changes of the cympenum and external auditory meatus, *B. J. of. derm*, 1902, p. 333.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	15
Historique	18
Etiologie	27
Pathogénie	36
Symptomatologie. Début et évolution	39
1° Lupus érythémateux des lèvres	43
2° Lupus érythémateux de la bouche	48
Observations	58
3° Lupus érythémateux de la langue	72
Lupus érythémateux généralisé	84
Phénomènes subjectifs	91
Complications	93
Anatomie pathologique	96
Traitement	112
Diagnostic	116
Bibliographie	124